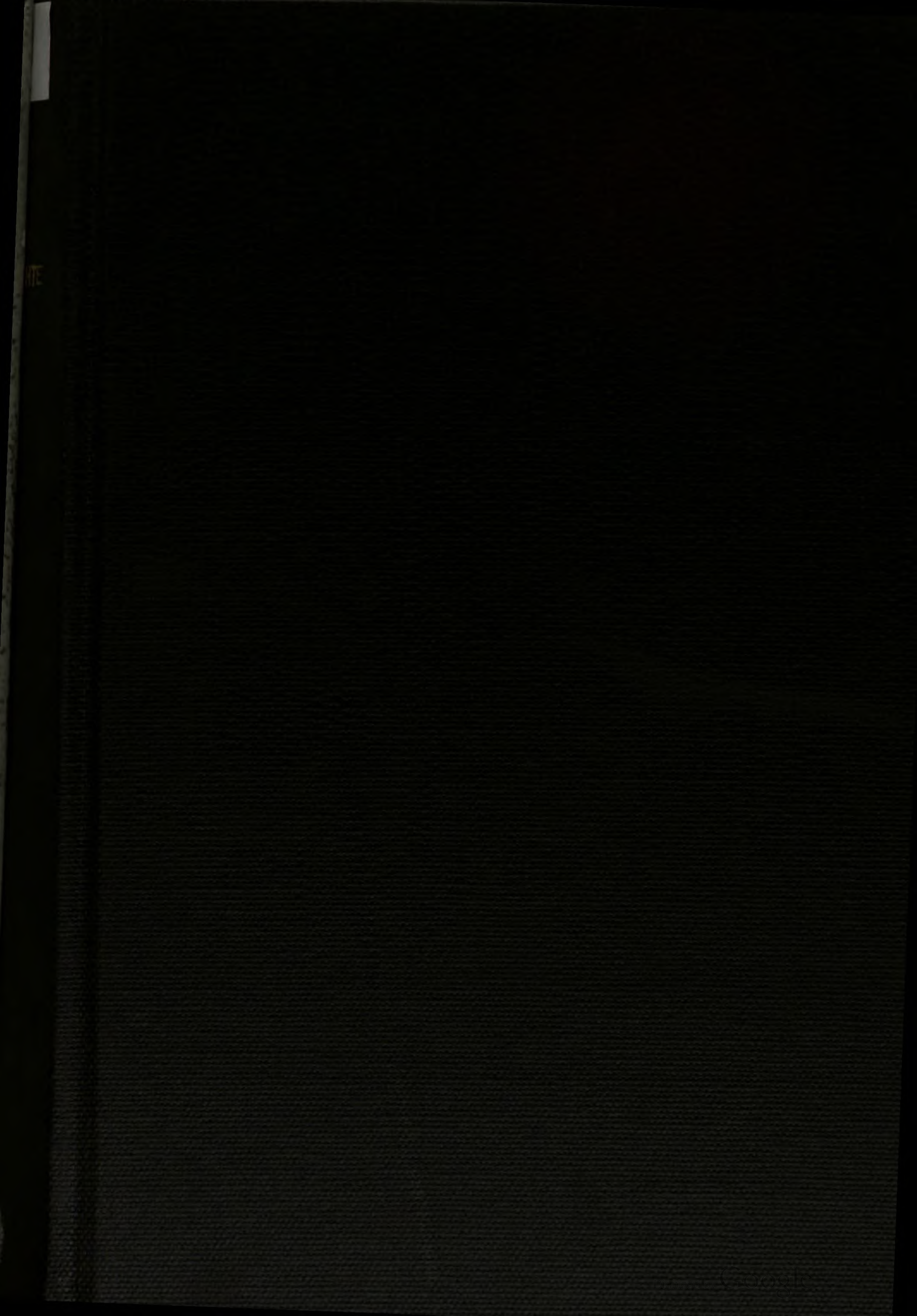
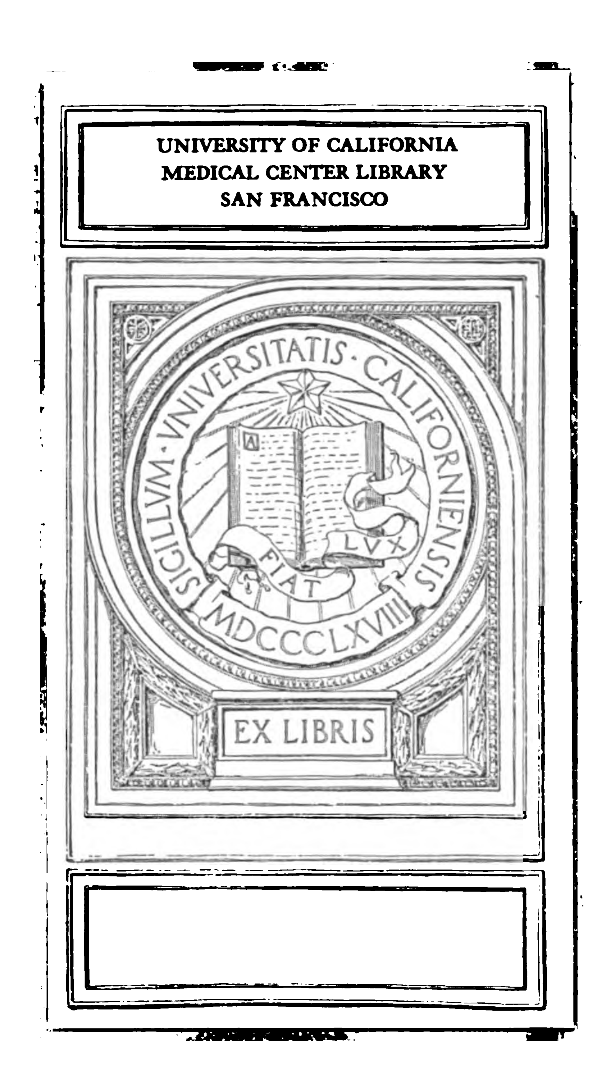



UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

MONATSBERICHTE

ÜBER DIE

GESAMTLEISTUNGEN

AUF DEM GEBIETE DER KRANKHEITEN

DES

HARN- UND SEXUAL-APPARATES

HERAUSGEGEBEN

VON

ROTTER (Berlin) · KÜMMELL (Hamburg) · ALBARRAN (Paris) · POUSSON (Bordeaux) · HARRISON (London)

WILLY MEYER (New-York) · ROVSING (Kopenhagen) · LAACHE (Christiania) · VON FRISCH (Wien)

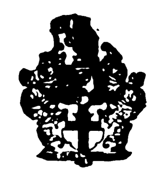
NICOLICH (Triest) · GIORDANO (Venedig) · GROSGLIK (Warschau)

REDIGIRT

VON

L. CASPER (Berlin) · H. LOHNSTEIN (Berlin)

FÜNFTER BAND.



BERLIN W. 35

VERLAG VON OSCAR COBLENTZ.

1900.

Haupt-Register des V. Bandes.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D

E.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.

Namen-Register.

* bedeutet nur citirten Autor. Die Zahlen deuten die Seiten an.

Druck von Carl Marschner, Berlin SW.

Verzeichnis der Abkürzungen.

Deutsche Zeitschriften.

A. A. — Anatomischer Anzeiger.
A. der Ph. — Archiv der Pharmacie.
Ae. R. — Aerztliche Rundschau.
Ae. S.-V.-Z. — Aerztliche Sachverständigen-Zeitung.
Ae. V.-Bl. — Aerztliches Vereinsblatt.
A. f. A. — Archiv für Augenheilkunde.
A. f. a. N. — Archiv für animale Nahrungsmittelkunde.
A. f. G. — Archiv für Gynäkologie.
A. f. H. — Archiv für Hygiene.
A. f. K. — Archiv für Kinderheilkunde.
A. f. m. A. u. E. — Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwicklungsgeschichte.
A. f. O. — Archiv für Ohrenheilkunde.
A. f. Ps. — Archiv für Psychiatrie.
A. f. V. — Archiv für Verdauungskrankheiten.
A. H. — Anatomische Hefte.
A. M. C.-Z. — Allgemeine Medicin. Central-Zeitung.
A. W. M. Z. — Allgemeine Wiener Medicinische Zeitung.
B. Cbl. — Biologisches Centralblatt.
B. Kl. — Berliner Klinik.
B. k. W. — Berliner klinische Wochenschrift.
B. t. W. — Berliner tierärztliche Wochenschrift.
Bruns's Beiträge. — Beiträge zur klinischen Chirurgie.
Casper-Lohnstein'sche M.-B. — Monats-Berichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates.
Cbl. f. B. (I. bezw. II.) — Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten (I. bezw. II. Abteilung).
Cbl. f. Ch. — Centralblatt für Chirurgie.
Cbl. f. d. a. G — Centralblatt für die allgemeine Gesundheitspflege.
Cbl. f. d. ges. Th. — Centralblatt für die gesamte Therapie.
Cbl. f. d. m. W. — Centralblatt für die medicinische Wissenschaft.
Cbl. f. Gyn. — Centralblatt für Gynäkologie.
Cbl. f. i. M. — Centralblatt für innere Medicin.
Cbl. f. N. — Centralblatt für Nervenheilkunde.
Cbl. f. pr. A. — Centralblatt für practische Augenheilkunde.
Cbl. f. Phys. — Centralblatt für Physiologie.
Chalybäus' Correspbl. — Correspondenz-Blatt der ärztlichen Kreis- und Bezirksvereine im Königreich Sachsen.
Correspbl. f. Schw. Ae. — Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte.
Correspbl. f. Z. — Correspondenzblatt für Zahnärzte.
D. C. — Dermatologisches Centralblatt.
Dehana's Correspbl. — Medicinisches Correspondenzblatt des Württemb. ärztlichen Landesvereins.
D. M. f. Z. — Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.
D. mi. Z. — Deutsche militärärztliche Zeitschrift.

D. m. Pr. — Deutsche medicinische Presse.
D. m. W. — Deutsche medicinische Wochenschrift.
D. M.-Z. — Deutsche Medicinal-Zeitung.
D. Pr. — Deutsche Praxis.
D. Z. — Dermatologische Zeitschrift.
D. Z. f. Ch. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
D. Z. f. N. — Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.
F. — Der Frauenarzt.
F. d. M. — Fortschritte der Medicin.
Fränkel's A. — Archiv für Laryngologie und Rhinologie.
Friedreich's Bl. — Friedreich's Blätter für gerichtliche Medicin.
Golebiewski's A. — Archiv für Unfallheilkunde, Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten.
Graefe's A. — Albrecht von Graefe's Archiv für Ophthalmologie.
Gruber's M. f. O. — Monatsschrift für Ohrenheilkunde, sowie für Kehlkopf-, Nasen-, Rachenkrankheiten.
Gutzmann'sche M. — Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde mit Einschluß der Hygiene der Lautsprache.
His' A. — Archiv für Anatomie und Physiologie.
H. R. — Hygienische Rundschau.
J. f. K. — Jahrbuch für Kinderheilkunde.
J. f. pr. Ae. — Jahrbücher für practische Aerzte.
J. f. pr. M. — Jahrbuch für practische Medicin.
J. f. Ps. — Jahrbücher f. Psychiatrie.
K. J. — Klinisches Jahrbuch.
Koch-Flügge'sche Z. — Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten.
Kopsch's M. — Internationale Monatsschrift für Anatomie und Physiologie.
Krieger's A. — Archiv für die öffentliche Gesundheitspflege im Elsaß.
K.-th. W. — Klinisch-therapeutische Wochenschrift.
Laehr's Z. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin.
Langenbeck's A. — Archiv f. klinische Chirurgie.
Leyden-Goldscheider's Z. — Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie.
Med. Correspbl. — Medicinisches Correspondenzblatt.
Mense's A. — Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene.
M. f. G. u. G. — Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.
M. f. Ps. u. N. — Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.
M. f. U. — Monatsschrift für Unfallheilkunde.
Mikulicz-Naunyn'sche Mitt. — Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie.
M. m. W. — Münchener medicinische Wochenschrift.
Naunyn's A. — Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie.
N. C. — Neurologisches Centralblatt.
N.-Y. m. W. — New-Yorker medicinische Wochenschrift.
Oberländer's Cbl. — Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.
O. K. — Ophthalmologische Klinik.
Pflüger's A. — Archiv für die gesamte Physiologie.
Physiatr. R. — Physiatrische Rundschau.
Pick's A. — Archiv für Dermatologie und Syphilis.
P. m.-ch. Pr. — Pester medicinisch-chirurgische Presse.
P. m. W. — St. Petersburger medicinische Wochenschrift.
Pr. m. W. — Prager medicinische Wochenschrift.
Roux's A. — Archiv für Entwicklungsgeschichte der Organismen.
Schmidtmann-Strassmann'sche V.-J. — Vierteljahresschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen.
Schröter-Wildermuth'sche Z. — Zeitschrift f. die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer.
Semon's Cbl. — Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie u. verwandte Wissenschaften.
Sk. A. f. Phys. — Skandinavisches Archiv für Physiologie.
Spiess-Pistor'sche V.-J. — Deutsche Vierteljahresberichte für öffentliche Gesundheitspflege.
Th. M.-H. — Therapeutische Monatshefte.
U. m. Pr. — Ungarische medicinische Presse
Unna's M.-H. — Monatshefte für practische Dermatologie.
Virchow's A. — Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin.
W. K. — Wiener Klinik.
W. k. R. — Wiener klin. Rundschau.
W. k. W. — Wiener klinische Wochenschrift,

W. m. Bl. — Wiener medicinische Blätter.
W. m. Pr. — Wiener medicinische Presse.
W. m. W. — Wiener medicinische Wochenschrift.
W. z. M. — Wiener zahnärztliche Monatsschrift.
Zehender's M.-Bl. — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
Z. f. A. — Zeitschrift für Augenheilkunde.
Z. f. B. — Zeitschrift für Biologie.
Z. f. G. u. G. — Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.
Z. f. H. — Zeitschrift für Heilkunde.
Z. f. Hypn. — Zeitschrift für Hypnotismus.
Z. f. K. — Zeitschrift für Krankenpflege.
Z. f. k. M. — Zeitschrift für klinische Medicin.
Z. f. M.-Be. — Zeitschrift für Medicinalbeamte.
Z. f. O. — Zeitschrift für Ohrenheilkunde.
Ziegelroth's A. — Archiv für physikalische und diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis.
Ziegler's Beiträge. — Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie.
Ziegler's Cbl. — Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.
Ziemssen's A. — Deutsches Archiv für klinische Medicin.

Französische Zeitschriften.

A. de B. — Archives de Biologie.
A. de D. et de S. — Annales de dermatologie et de Syphiligraphie.
A. de G. — Annales de Gynécologie.
A. de l'i. Pasteur. — Annales de l'institut Pasteur.
A. de m. et ch. — Annales de médecine et de chirurgie.
A. de méd. nav. — Archives de médecine navale.
A. de n. — Archives de neurologie.
A. d'opht. — Archives d'ophtalmologie.
A. méd.-ps. — Annales médico-psychologique.
Badouin's A. — Archives provinciales de médecine.
B. de l'a. de méd. — Bulletin de l'académie de médecine.
Brouardel's Annalen. — Annales d'hygiène publique et de médecine légale.
Charcot's A. — Archives de médecine experimental et d'anatomie pathologique.
Comptes rendus bez. C. r. — Comptes rendus hebdomadaires des séances de la société de biologie.
Duplay's A. — Archives générales de médecine.
Duval's J. — Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux.
É. méd. — Écho médical du Nord.
Fr. méd. — La France médicale et Paris médical.
G. d. h. — Gazette de hôpitaux.
G. hebd. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.
G. m. de Paris. — Gazette médicale de Paris.
G. m. de S. — Gazette médicale de Strasbourg.
Guyon's Annalen. Annales des maladies des organes génito-urinaires.
J. de méd. de Paris. — Journal de médicine de Paris.
Perier's A. — Annales de médecine et chirurgie infantile.
P. méd. — La presse médicale.
Pr. méd. — Le progrès médical.
R. de ch. — Revue de chirurgie.
R. de g. — Revue de gynécologie.
R. gén. d'opht. — Revue générale d'ophtalmologie.
R de méd. — Revue de médecine.
R. méd. — Revue médicale.
Reclus' Bulletins. — Bulletins et mémoires de la société de chirurgie de Paris.
Riche's J. — Journal de pharmacie et de chimie.
R. m. de la S. R. — Revue médicale de la Suisse Romande.
Robin's Bulletin. — Bulletin général de thérapeutique médicale, chirurgicale, obstétricale et pharmceutique.
S. méd. — Semaine médicale.
Vermorel-Griffon's Bulletins. — Bulletins et mémoires de la société anatomique de Paris.

Englische Zeitschriften.

A. J. of M. Sc. — The American Journal of Medical Sciences.
A of S. — Annales of Surgery.
Brain. — The Brain: A Journal of Neurologie.
Br. G. J. — The British Gynäkological Journal.
B. M. J. — British Medical Journal.
Bu. M. J. — Buffalo Medical Journal.
Du. J. of M. Sc. — The Dublin Journal of Medical Science.
Ed. M. J. — The Edinburgh Medical Journal.
H. H. R. — John Hopkins Hospital Reports.
J. of A. and Ph. — The Journal of Anatomy and Physiology normal and pathological, Human and Comparative.
J. of A. M. A. — The Journal of the American Medical Association.
J. of C. M. — The Journal of Comparative Medicine and Veterinary Archives.
J. of Cut. and G.-Ur. D. — Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases.
J. of Ment. Sc. — The Journal of Mental Science.
J. of Ph. — The Journal of Physiology.
L. — The Lancet.
L. M. J. — St. Louis Medical and Surgical Journal.
M. N. — Medical News.
M. R. — Medical Record.
P. — The Practitioner.
Proceedings. — Proceedings of the Royal Medical and Chirurgical Society of London.

Italienische Zeitschriften.

A. di f. e. ch. — Annali di farmacoterapia e chimica.
B. d. Cl. — Bolletino delle Cliniche.
C. m. — Clinica moderna.
C. m. I. — La Clinica moderna Italiana.
G. di M. Pr. — Gazzetta Internationale di Medicina Pratica.
G. d. R. S. I. d'Ig. - Giornale della Reale Società Italiana d'Igiene.
G. M. L. — Gazzetta Medica Lombarda.
Lombroso's A. — Archivio di Psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale.
M. — Il Morgagni.
Rivista. — Rivista sperimentale di frenatria e medicina legale delle alienazioni mentali.
Rivista veneta. — Rivista veneta di scienze mediche.

Russische und polnische Zeitschriften.

B. G. B. — Bolnitschnaja Gazeta Botkina.
G. l. — Gazeta lekarska.
M. O. — Medicinskoe Obosrenie.
Pamiętnik. — Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.
Podwyssotski's A. — Russki archiv patologii, klinitscheskoi mediciny i bacteriologii.
W. S. — Wratschebnyja Sapisski.
W. M. J. — Wojenno - medicinski Journal.

Schwedische und holländische Zeitschriften.

Genti's A. — Nederlandsch Militair Geneeskunding Archief.
Gen. Tijdschr. — Geneeskunding Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië.
N. m. A. — Nordiskt medicinskt Arkiw.
Nederl. Tijdschr. — Nederlandsch Tijdschr. voor verleskunde en Gynaecologie.

Beobachtungen über Prostatitis.

Von

Dr. med. **Max Melchior**, Privatdocent in Kopenhagen.

Die Diagnose Prostatitis wird im Allgemeinen recht selten gestellt, obgleich die Krankheit häufig, nicht nur den Specialisten, sondern auch den übrigen practischen Aerzten vorkommt. Es verhält sich nämlich so, daß die glanduläre Form der Prostatitis einen fast constanten Befund der chronischen Urethritis posterior darstellt, und wenn so viele Fälle dieser Krankheit endlich aufgegeben werden, weil Patient oder Arzt — vielleicht beide — nach den geringen Erfolgen der langen Behandlung ermüden, so dürfte häufig der Grund dazu eben darin gesucht werden, daß man die Aufmerksamkeit speciell der chronischen Urethritis zuwendet, daß man über der Urethra die Prostata vergißt oder vernachlässigt. Ich möchte in dieser Beziehung an die von Guyon und Segond gegebene Vorschrift erinnern, daß es bei Harnpatienten ebenso notwendig ist, die Prostata zu exploriren, wie bei Patienten mit Febris rheumatica das Herz zu untersuchen. Hogge[1]) hat neuerdings treffend von der Prostata gesagt, sie wäre „comme la pierre de touche de la vulnérabilité des organes génito-urinaires“, und wie ich unter Anderen früher an die Bedeutung der Vorsteherdrüse als Infectionsquelle der Harnblase aufmerksam gemacht, so kann ich nicht genugsam meinen Collegen in jedem Fall langdauernder Urethritis, welcher planmäßiger Behandlung trotzt, eine systematische Untersuchung der Prostata anraten. In der That finden sich dann oft entzündliche Processe in diesem Organ, und wenn man jetzt die Behandlung vorzugsweise dagegen richtet, wird man häufig die Freude haben, den Patienten zu

[1]) Hogge: Des uréthro-prostatites primitives aseptiques. Compte rendu de la 2ième session de l'association franç. d'urologie.

heilen, und nicht nur den localen Proceß, sondern auch den allgemeinen psychischen Depressionszustand zum Schwinden zu bringen. Die Diagnose mag jedoch schwierig sein, und ich werde mir daher erlauben, einige Fälle von Prostatitis, die in verschiedener Beziehung Interesse darbieten, vorzuführen.

Unverheirateter Arzt, 30 Jahre alt. Aufnahme in meiner Privatklinik am 1. October 1899.

Hat nie früher Gonorrhoe gehabt. Vor etwa drei Wochen bemerkte er, zwei Tage nach dem Coitus, einen gelben Urethralausfluß, welcher in den folgenden Tagen stark zunahm. Nach Verlauf von 4—5 Tagen empfand er Schmerzen beim Uriniren, welches nach und nach sehr häufig wurde, ungefähr jede halbe Stunde Tag und Nacht. Die Schmerzen traten beim Schluß des Harnlassens ein, waren von brennendem und stechendem Character, strahlten in die Tiefe der Urethra und in's Perineum aus. Sie waren von heftigem, gebieterischem Harndrange, welcher sich auch unabhängig vom Harnlassen einstellte, begleitet. Der Harn, der nur langsam, in geringer Menge und in schwachem, senkrecht abfallendem Strahl entleert wurde — und der früher immer klar war — erschien nun trübe, mit reichlichem eitrigen Bodensatz. Ein einziges Mal hat er gegen das Ende des Harnlassens beobachtet, daß die letzten Tropfen schwach blutig tingirt erschienen. Wurde der Harn in drei Gläser entleert, so war er in allen trübe, und der erste Teil enthielt dicke Fäden und Flocken.

Die erwähnten Symptome haben an Intensität zugenommen; während der drei letzten Tage, wo Patient das Bett gehütet, hat er jedoch einige Besserung gespürt. Er hat leichtere subjective Fieberanfälle gehabt, der Schlaf ist wegen der Schmerzen und des häufigen Harndranges gestört.

Er ist mit Einspritzungen in die Harnröhre von Sol. Kali hypermang. und innerlich mit Salol, 3 g pro die, behandelt worden.

Es sind niemals Instrumente in die Harnblase eingeführt worden.

Objective Untersuchung: Patient ist etwas mager und bleich, die Zunge leicht belegt. Temp. 38. Bei der Stethoskopie finden sich Zeichen einer Phthisis incipiens dextra. Unterleib normal, keine Druckempfindlichkeit über der Symphyse. Es läßt sich aus der Harnröhre ein gelblicher Tropfen, welcher mikroskopisch Gonokokken in geringer Menge enthält, ausdrücken. Nach Ausspülung der Urethra ant. wird Patient aufgefordert, den Harn in zwei Gläser zu lassen. Der Urin ist sauer, in beiden Gläsern stark getrübt, und außerdem enthält die erste Portion Fädchen und Flocken in ziemlich reichlicher Menge. Beim Stehenlassen klärt sich der Harn unter Absetzung eines reichlichen eitrigen Bodensatzes Specifisches Gewicht 1015, keine Eiweißreaction. Bei der mikroskopischen Untersuchung finden sich im Bodensatz fast ausnahmslos Eiterkörperchen, bisweilen in größeren Schollen zusammengelötet, außerdem einzelne kernhaltige Epithelzellen, keine Cylinder oder rote Blutkörperchen. Tuberkelbacillen können nicht nachgewiesen werden.

Per Rectum fühlt man die Prostata leicht vergrößert und — wie es scheint — etwas härter als normal, empfindlich bei Druck, namentlich auf der linken Seite.

Rp. Irrigationen (ad modum Janet) von Sol. Kali hypermang. 1 : 3000.
Decoct. folior uvae ursi.
Reichlicher Genuß von Milch und gekochtem Wasser.
Epithema tepid. abdominis.

4. October. 37,4/37,2. Diurese 2000, specifisches Gewicht 1011. Zustand im Wesentlichen unverändert.

Nach wiederholten und sehr reichlichen Borwassserausspülungen der Harnröhre wird steriler Katheter eingeführt, und es entleeren sich ca. 200 ccm Urin, welcher völlig klar, strohgelb, von saurer Reaction ist. Durch direct anschließende mikroskopische Untersuchung, nach Centrifugiren in sterilen Gläsern, werden in zahlreichen Präparaten nur einzelne Epithelzellen, keine Mikroorganismen nachgewiesen.

Beim Plattenverfahren mit Agar-Agar und Gelatine, drei Platten jeder Art, zeigte sich kein Wachstum, und Harnprobe, im Thermostat bei 37° aufbewahrt, hielt sich fortdauernd klar und sauer.[2])

Vor Entfernung des Katheters wird die Blase reichlich mit Borwasser und darauf mit Lapislösung 1 : 500 ausgespült. Er hat während und namentlich nach dem Katheterismus, welcher übrigens mit großer Leichtigkeit vor sich ging, heftige Schmerzen und Harndrang, welche sich aber bald nach einem Opiumsuppositorium verloren.

5. October. 37,5/37,4. Bei Exploratio rectalis fühlt man die Prostata fortdauernd geschwollen und constatirt jetzt im linken Lappen eine weichere, eindrückbare Partie, welche sehr empfindlich auf Druck ist. Es gelingt nicht, Prostatasecret zu exprimiren.

10. October. Patient klagt fortwährend über heftige Tenesmi vesicales und muß jede Stunde unter starkem Pressen und oft tropfenweisem Abgang den Harn lassen. Dieser war die letzten Tage etwas klarer geworden, gestern aber bemerkte er nach einer beschwerlichen und schmerzhaften Defäcation eine große Menge Eiter im Harn, wonach er sich bedeutend erleichtert fühlte. Der Harn ist auch heute stark gleichförmig trübe, sowohl in zwei als in drei Gläser entleert. Beim Stehen klärt er sich unter Absetzung eines reichlichen gelblichen Bodensatzes, welcher kleine cylindrische oder kommaähnliche Klümpchen enthält. Es ist jetzt nur des Morgens ein spärlicher, graugelber Ausfluß der Harnröhre, welcher nicht mehr Gonokokken enthält.

Sep. Irrigationen und Medicamina.

13. October. Zustand gebessert, Tenesmi weniger heftig; Harnlassen jede zweite Stunde, Urin bedeutend klarer. Durch Expression der Prostata

---

[2]) Der besseren Uebersicht wegen und um unnütze Wiederholungen zu vermeiden, habe ich unter einzelnen Tagen eine mehr zusammenfassende Beschreibung gegeben.



vom Rectum zeigt sich im Orificium ein gelber, klebriger Tropfen, welcher hauptsächlich aus Eiterkörperchen mit einzelnen cylindrischen Epithelzellen besteht. Man sieht keine Gonokokken, aber einige Staphylokokken, die sich nach Gram färben. Beim Plattenverfahren wächst auf den Platten nur eine Art, die mit dem Staphylococcus pyog. albus identisch zu sein scheint.

Die cystitisähnlichen Anfälle schwanden von nun an gleichmäßig unter Behandlung mit Massage der Prostata, Instillationen von 2proc. Lapislösung in die Urethra post. und innerlich Caps. aetherol. santhali.

Bei der Entlassung aus der Klinik, den 17. October, war das Harnlassen weniger häufig und ohne Schmerzen, der Harn bedeutend klarer, enthält jedoch stets einige Fädchen. Es läßt sich kein Secret mehr von der Harnröhre ausdrücken. Die Prostata scheint noch etwas vergrößert, aber ohne weichere Partien und ohne Empfindlichkeit. Die Behandlung wurde noch einige Zeit fortgesetzt, hörte am 1. November ganz auf. Das Harnlassen war dann völlig normal, der Harn klar und sauer.

Diese Krankengeschichte bietet in mehreren Beziehungen Interesse dar. Es handelte sich um einen Patienten, an Urethritis ant. und post. mit Prostatitis leidend, der alle die klassischen Symptome der Cystitis: häufiges Harnlassen, Schmerz und Pyurie, darbot. Es muß noch hervorgehoben werden, dass der Harn bei der Thompson'schen Zweigläserprobe in beiden Teilen eitergemischt und stark trübe war, ebenso in drei Gläser entleert, wenn auch weniger unklar im mittleren Teil. Dieser Umstand wird im Allgemeinen als von großem diagnostischen Wert betrachtet und ist nach einer Menge zuverlässiger und ausgezeichneter Verfasser in ähnlichen Fällen hinreichend, um die Diagnose Cystitis zu stelllen.

So spricht Fürbringer[3]) sich folgendermaßen über die Diagnose zwischen Cystitis und Urethritis aus: Einer Verwechselung mit Blasencatarrh begegnet in letzter Instanz die Untersuchung des zweigeteilten Harns. Ist die Blase frei, so zeigt sich, nachdem die ersten 20—30 ccm ihres Inhalts die Harnröhre ausgespült, der weiterhin in ein besonderes Gefäß entleerte Harn klar, im entgegengesetzten Falle mehr weniger eitergetrübt.“ Ultzmann[4]), der in „Deutsche Chirurgie“ eine ausgezeichnete Beschreibung der Krankheiten der Harnblase gegeben, führt als Resultat seiner Erfahrungen folgendes an: „Kommt der Eiter aus dem Blaseninnern und urinirt der Patient in zwei Gläser, so ist das erste Glas genau so stark getrübt als das zweite — —.“

---

[3]) Fürbringer: Die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. 1884, S. 285. Eine neuere Ausgabe stand mir nicht zur Verfügung.

[4]) Robert Ultzmann: Die Krankheiten der Harnblase 1890, S. 30.

Ein ähnlicher Gedankengang wird von Posner[5]) ausgedrückt: „Hat man den Urin in der Thompson'schen Weise (Zwei-Gläser-Methode) entleeren lassen — — so muß man das Auftreten von Eiter stets auf eine Erkrankung von Blase, Nierenbecken oder Niere beziehen.“ Auch Finger[6]) scheint derselben Anschauung zu huldigen, wenn er schreibt: „Eine Trübung des zweitgelassenen Urins kann nur durch Trübung des Urins in der Blase bedingt werden.“

Befragt man endlich Guyon[7]), den Meister der modernen Urologie, so gehen seine Erfahrungen in ähnlicher Richtung; auch er legt der Probe „à trois verres“ eine entscheidende Bedeutung für die Diagnose zwischen Urethritis posterior und „Cystite blennorrhagique“ bei. Derselben Auffassung begegnet man auch in seinem neueren Handbuch über die allgemeine Pathologie der Harnwege[8]), wo Guyon es für sicher erachtet, daß eine Trübung beider Harnportionen beweist, daß der Eiter in der Blase gewesen ist: „Lorsque le pus est également réparti dans le premier et dans le second verre, on ne peut poser qu'une conclusion: c'est qu'au moment de la miction il était contenu dans la cavité vésicale elle-même.“

Dieselbe Auffassung findet sich fortwährend in den Handbüchern und wird noch dieses Jahr in einer neuerdings von R. Hofmeister[9]) erschienenen Arbeit, die sich eben ausschließlich mit der Thompsonschen Zwei-Gläser-Harnprobe und ihrer diagnostischen Verwertung beschäftigt, wiederholt.

Es kann unter diesen Umständen nicht Verwunderung erregen, daß der Patient, welcher selbst Arzt war, an Cystitis zu leiden glaubte und deswegen ohne Erfolg behandelt worden war. Ich selbst betrachtete die Diagnose als etwas zweifelhaft, insofern als nach meiner Ansicht die Urethritis und acute Prostatitis alle vorhandenen Symptome hervorzubringen im Stande sind, durfte aber nicht die Möglichkeit ausschließen, die Harnblase wäre durch Fortpflanzung der starken Entzündung ihrer Nachbarschaft angegriffen. Solches geschieht gewiß häufig bezüglich der Prostata, so daß eine Cystitis teils durch continuirliche Propagation der Schleimhaut entlang, teils einfach durch Perforation eines

---

[5]) Posner: Diagnostik der Harnkrankheiten. Berlin 1894, S. 65.

[6]) Ernest Finger: Die Blennorrhoe der Sexualorgane 1896, S. 73.

[7]) Guyon: Leçons cliniques sur les aff. chir. de la vessie et de la prostate. Paris 1888, S. 626—628.

[8]) Guyon: Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, Tome I 1894, S. 596.

[9]) R. Hofmeister: Die Thompson'sche Zwei-Gläser-Harnprobe und ihre diagnostische Verwertung, Wien 1899, S. 17.

Abscesses in die Blase entstehen kann, und beide Möglichkeiten wären in meinem Falle denkbar. Es war doch ein Symptom oder richtiger der Mangel eines Symptoms, welches zu einiger Reserve bezüglich der Diagnose Cystitis aufforderte, denn es fand sich nämlich absolut keine Empfindlichkeit bei Druck in der Blasengegend. Da jedoch der Zustand sich die ersten Tage unverändert hielt und die event. Cystitis durch die eingeleitete Behandlung (Bettruhe, heißer Umschlag, reichlicher Genuß von Wasser und Milch u. s. w.) nicht beeinflußt zu werden schien, führte ich den Katheter ein, um Gewißheit über die Existenz der Cystitis zu erreichen und in bejahendem Falle eine locale Behandlung anzufangen. Der Katheterismus ergab nun das lehrreiche Resultat, daß ein völlig klarer und normaler Harn, der sich bei der bacteriologischen Untersuchung steril zeigte, entleert wurde. Somit war die Diagnose gesichert, der erwähnte Fall war eine Pseudocystitis — alle genannten Symptome müßten der Urethritis und der eitrigen Prostatitis zugeschrieben werden.

Es zeigt sich also, dass es bisweilen große Schwierigkeiten darbieten kann, die Diagnose in Fällen dieser Art zu stellen. Krogius[10]) erwähnt in seinem vor einem Jahre erschienenen, ausgezeichneten Handbuch, daß die Symptome bei der acuten Prostatitis denjenigen bei der acuten Cystitis vorkommenden ähnlich sein können, „sie unterscheiden sich aber doch von den letztgenannten durch den Mangel des für Cystitis characteristischen häufigen Harndranges". Es ist ja möglich, daß dieses Merkmal von Bedeutung sein mag, aber sicher ist es jedenfalls nicht, wie obenstehende Krankengeschichte zeigt. Ich glaube vielmehr ein anderes Symptom, nämlich die Druckempfindlichkeit der Blasengegend, hervorheben zu müssen; dieses ist im Allgemeinen ein deutlich ausgesprochenes und recht constantes Symptom bei der acuten Cystitis, während es sich nicht bei der Prostatitis findet. Dagegen kann die Prostatitis recht häufig mit allen subjectiven Symptomen der Cystitis, den heftigen Tenesmi vesicales und dem häufigen, schmerzhaften Harnlassen auftreten, außerdem kann der zweigeteilte Harn in beiden Teilen, ja bisweilen am meisten im letzten, trübe, eitergemischt sein, und dennoch existirt keine Blasenentzündung. Hat man somit durch die Untersuchung per Rectum, welche in solchen Fällen immer notwendig ist, die Diagnose einer Prostatitis gestellt, so mag die Anwesenheit von Empfindlichkeit über der Symphyse entscheiden, inwiefern eine Cystitis sich findet. Man könne ja vielleicht meinen, eine Untersuchung

---

[10]) Krogius: Föreläsningar öfver Urinvägarnas kirurgiska Sjukdomar, Helsingfors 1898, S. 137.

des Blaseninhalts mit Katheter wäre die natürlichste und einfachste Weise, um die Diagnose zu entscheiden, dies muß aber im Allgemeinen absolut widerraten werden. Wenn der Patient nicht im Voraus Cystitis hat, läuft man nämlich sehr leicht Gefahr, ihm durch Infection von der entzündeten Harnröhre diese Krankheit zu erzeugen, und dann ist allerdings die Diagnose nicht mehr zweifelhaft.

Soviel ich weiß, findet sich in der Litteratur kein Fall derselben Art mitgeteilt. Dagegen spricht sich Rovsing[11]) neuerdings ganz in derselben Richtung aus und hebt besonders hervor, die Urethritis post. und Prostatitis können ganz dasselbe Symptombild wie die Cystitis ergeben, ebenso daß man als Unterscheidungszeichen sich nicht auf die Thompson'sche Zweigläserprobe verlassen könne, „sonst wird man häufig die Diagnose Blasenentzündung stellen, wo sich eine solche nicht findet". Seine Erfahrungen stimmen also so weit mit den meinigen überein, dagegen kann ich nicht der sogleich folgenden Aussage beistimmen: „Die Nachweisung von Eiter in dem mit Katheter entleerten Harn ist nicht, wenn diese Leiden bestehen, (für Cystitis) entscheidend, denn man kann nur schwer vermeiden, mit dem Katheter Eiter von der Prostata und der Urethra in die Blase zu pressen." Ich weiß nicht, worauf R. diese Aussage stützt, ob Erfahrungen zu Grunde liegen oder vielleicht auf theoretischer Erwägung. Aber allgemein giltig ist sie nicht. Es ist ja, wie der besprochene Fall lehrt, selbst wenn Urethritis post. und acute eitrige Prostatitis vorliegt, nichtsdestoweniger möglich, mit dem Katheter völlig klaren und sterilen Urin zu erhalten.

Ich finde es somit auch nicht notwendig oder ratsam, in solchen Fällen, um sogleich eine sichere Diagnose zu erreichen, den Patienten zu cystoskopiren, indem nach Rovsing's Meinung „nur das Cystoskop uns mit Sicherheit Hilfe zu leisten vermag". Die Gefahr, hierdurch künstlich eine Cystitis zu erzeugen, scheint zu groß und, wie oben erwähnt, kann die Diagnose auch gewöhnlich auf andere Weise gestellt werden.

In Beleuchtung des ersterwähnten Falles muß nun die folgende Krankengeschichte beachtet werden.

G. S., 30 Jahre alt, unverheirateter Glasmacher, consultirte mich im Mai 1898. Vor einem Jahre hatte er die erste Gonorrhoe, welche ziemlich schnell geheilt wurde. Vor acht Monaten zog er sich auf's neue Gonorrhoe zu, und diese complicirte sich mit Epididymitis duplex, woran er in einem Krankenhause in Schweden behandelt wurde. Er hütete im Ganzen drei Monate das Bett, hatte damals häufigen und schmerzhaften Harndrang,

---

[11]) Rovsing: Blœrens kirurgiske Sygdomme, S. 113—114. Kopenhagen 1899.

ebenso drückende Schmerzen im Perineum. Soweit er sich erinnert, enthielt der Urin Fädchen und Flocken, war aber sonst klar. Er wurde mit Lapisinstillationen in die hintere Harnröhre behandelt und hat danach die letzten vier Monate so ziemlich arbeiten können. Er hat bemerkt, daß sich bisweilen nach der Defäcation, welche recht schmerzhaft war, Ausfluß einer graugelben, schleimigen Flüssigkeit aus der Harnröhre einstellte, außerdem hat er an häufigen Pollutionen gelitten. Uebrigens beobachtete er nur ab und zu, speciell des Morgens, einen spärlichen Harnröhrenausfluß, aber der Urin enthielt fortwährend Fädchen. Nach einem sexuellen Excesse vor 14 Tagen wurde der Urin den folgenden Tag trübe und hat sich seitdem unverändert gehalten. Das Harnlassen ist übrigens von normaler Häufigkeit gewesen, und nur während der letzten Zeit hat er dabei einige Male brennende Schmerzen in der Urethra empfunden.

Patient ist von der Krankheit stark beeinflußt worden, hat an nervöser Unruhe, Schlaflosigkeit und psychischer Depression gelitten.

Bei der objectiven Untersuchung am 22. Mai findet sich des Morgens, bevor der Patient urinirt hat, ein graugelber Tropfen in der Harnröhrenmündung. Mikroskopisch werden keine Gonokokken, dagegen einige andere Mikroorganismen nachgewiesen. Durch Untersuchung des Harns, in drei Gläser gelassen, finden sich im ersten Teil Fädchen und Flocken in bedeutender Menge, während der zweite und dritte Teil gleichmäßig trübe sind. Reaction deutlich sauer. Kein hervortretender Geruch. Beim Stehenlassen bleibt der Harn trübe ohne Bodensatz, den nächsten Tag aber war er ammoniakalisch, und es hatte sich ein loser, flockiger Bodensatz von amorphen Phosphaten und Sargdeckelkrystallen gebildet. Mikroskopisch fanden sich im frisch gelassenen Harn ein ungeheures Gewimmel von Diplokokken, außerdem einzelne weiße Blutkörperchen.

Am 24. Mai wird ein steriler Katheter in die Blase eingeführt, nachdem der Patient zuerst selbst einen Teil Harn gelassen, und danach reichliche Borwasserirrigation des Canals vorgenommen. Es werden etwa 100 ccm sauer reagirender Harn von gleichmäßig opalescirendem Aussehen entleert. Mikroskopisch wird ein zahlloses Gewimmel von Diplokokken, welche die eigentümliche Trübung des Harns bedingen, außerdem (nach Centrifugiren) ganz vereinzelte Leucocyten und Epithelzellen nachgewiesen.

Nach reichlicher Borwasserausspülung der Blase wird die Untersuchung mit dem Cystoskop, welches die Blasenschleimhaut völlig normal zeigt, vorgenommen.

Die Prostata fühlt sich in geringem Grade oder zweifelhaft vergrößert, die Consistenz aber ist etwas weicher als normal und das Organ empfindlich bei Druck. Durch Massage vom Mastdarm aus zeigt sich im Orificium urethrae ein trüber, klebriger Tropfen, welcher Eiterkörperchen und Diplokokken, die sich nach Gram färben, enthält.

Patient wurde erst einige Zeit mit Lapisinstillationen in die Harnröhre und Blasenausspülung mit Sol. argent. nitrici 1 : 500 behandelt. Dadurch verschwand die Trübung des Harns fast vollkommen, wenn man aber die

Behandlung aussetzte, dauerte es nicht lange, bis der Harn sein früheres opalescirendes Aussehen wiederbekam. Die Reaction hielt sich fortan sauer.

Ich ging dann zu einer combinirten Behandlung mit Prostatamassage und darauf folgenden Instillationen über, während Patient außerdem ab und zu Blasenausspülungen und innerlich Salol, 3 g pro die, bekam. Unter dieser Behandlung schwanden alle Symptome, und im Laufe von etwa zwei Monaten schien die Prostata völlig normal, während der Urin steril geworden war.

Die bacteriologische Untersuchung des Prostatasecrets und des steril entnommenen Harns (vom 24. Mai) ergab auf den Platten eine Reincultur des von mir[12]) beschriebenen Diplococcus ureae liquefaciens. Er zersetzte sauren sterilen Harn bei 37° im Laufe von 16—18 Stunden, bei Zimmertemperatur nach 24 Stunden.

Es handelt sich also um einen Fall von chronischer Urethritis und Prostatitis, mit Bacteriurie complicirt. Die Cystoskopie zeigte die Blasenschleimhaut normal, so daß Cystitis auszuschließen ist, und der mit Katheter entnommene Harn war sauer, bot das der Bacteriurie eigentümliche opalescirende Aussehen, das von der Anwesenheit enormer Mengen harnstoffzersetzender Mikroben herrührte, dar. Diesen Fall habe ich früher kurz in einem Vortrage in der Sitzung der British Medical Association[13]) in Edinburgh 1898 erwähnt, und ich betonte eben damals die Bedeutung der Prostata als Infectionsquelle für die Harnblase. Ich glaubte daher, es wäre von einigem Interesse, den Fall in diesem Zusammenhang etwas ausführlicher zu referiren, weil die Frage über Bacteriurie bei Prostatitis eben durch die zwischen Krogius und Rovsing geführte Discussion[14]) über die Existenz solcher Fälle brennend geworden ist. Ohne mich in die persönliche Polemik mischen zu wollen, habe ich nur die Absicht, im Interesse der Sache die Frage zu beleuchten.

Wie es vielleicht dem Leser bekannt ist, hat Krogius[15]) drei Fälle von Prostatitis mit Bacteriurie, von harnstoffzersetzenden Mikroben verursacht, mitgeteilt. Die Richtigkeit der Diagnose wurde aber von Rovsing stark bestritten, und er behauptete mehrmals, die Fälle seien einfach Prostatitiden und die Mikroben, welche K. im Blasenharn ge-

[12]) Max Melchior: Cystitis og Urininfection. Kopenhagen 1893. Paris 1895. Berlin 1897.

[13]) Max Melchior: Bericht über 52 bacteriologisch untersuchte Fälle von infectiösen Harnkrankheiten. Diese Monatsberichte 1898, Bd. III, No. 10. British med. Journal 1898, S. 1310.

[14]) Hospitals Tidende 1899, No. 4, 28, 29, 45.

[15]) Annales génito-urinaires, décembre 1898. — Centralblatt für Harn- und Sexualorgane 1899, No. 8.

funden hatte, wären eben durch die Einführung des Katheters geradehin von der Prostata in die Blase gepresst worden. Ich will nun auf die K.'schen Fälle nicht zurückkommen, sondern mich nur an meine eigenen halten, um zu sehen, inwiefern diese Einwürfe dagegen angeführt werden können. Ich muß denn sogleich, was in meinem ersten Falle nachgewiesen worden ist, hervorheben, daß es sogar bei eitriger Prostatitis mit Absceßbildung möglich ist, den Harn völlig klar und keimfrei, so wie er sich in der Blase selbst befindet, aufzusammeln. Dieser wichtigen Thatsache gegenüber muß man dann billiger Weise zugestehen, daß ich auch in dem zweiten Fall durch dasselbe Vorgehen unveränderten Blasenharn erhalten hatte und daß die darin enthaltenen zahllosen Bacterien wirklich in der Blase lebten, daß es also eine echte Bacteriurie war. Somit scheint eigentlich die Sache erledigt. Im Uebrigen aber enthielt der mit Katheter entleerte Harn ein solches Gewimmel von Mikroben, daß es schon deshalb unglaubhaft scheinen mußte, solche Mengen seien durch einen einzelnen sanften Katheterismus von der Prostata in die Blase getrieben und hätten wie mit einem Schlage dem Blasenurin das für Bacteriurie characteristische Aussehen gegeben. In einem Tropfen des durch kräftige Massage ausgedrückten Prostatasecrets fanden sich bei Weitem nicht so viele Mikroben wie in einem Urintropfen.

Rovsing stützt weiter seine Behauptung auf die Betrachtung, daß eine Blase, die sich mit normaler Häufigkeit leert, nicht Millionen von stark harnstoffzersetzenden Mikroben enthalten könne, so daß dann der frisch gelassene Urin nicht sauer reagiren könne. Auch dieser Einwand kann nicht gegen meinen Fall geltend gemacht werden, da der isolirte Mikrob, der Diplococcus ureae liquefaciens, eben ziemlich schwach harnstoffdecomponirend war und bedeutend länger als die Zeit zwischen zwei Mictionen brauchte, um den Harn ammoniakalisch zu machen — bei 37° im Laufe 16—18 Stunden. Uebrigens würde es meiner Meinung nach nichts Sonderbares sein, selbst starke Harnstoffzersetzer als Ursache von Bacteriurie mit saurem Harn zu finden, — es ist ebenso leicht verständlich, wie die von mir früher hervorgehobene Thatsache, daß sie auch gelegentlich Cystitis mit permanent saurem Harn erzeugen können. So lange die physiologische Function der Blase unverletzt ist, vermag der Mikrob gewöhnlich nicht die ammoniakalische Zersetzung hervorzurufen. Der fortwährend frisch heranströmende saure Nierenharn und die Entleerung zahlloser Mikroben bei jedem Harnlassen wirken dem Eintreten der Ammoniurie entgegen.

Es kann wohl kaum bezweifelt werden, daß in meinem Fall die Bacteriurie vesical und die Prostatitis deren Ursache war. Es fand

sich dieselbe Bacterienart im Harn und in der Prostata, und ebenso wie der Verlauf der Krankheit zeigt, daß die Prostatitis das Primäre war, so schwand auch die Bacteriurie erst vollständig einer Behandlung, die nicht nur gegen diese, sondern auch gegen die Prostata gerichtet war. Dieses ist ja aber nur eine Bestätigung des alten Satzes „Causa sublata tollitur effectus".

Schließlich muß ich anführen, daß ähnliche Fälle früher, u. A. von Hogge[16]) und Schlifka[17]) beobachtet sind, welche namentlich auf die Bedeutung der Prostata als Infectionsfocus der Harnblase aufmerksam gemacht haben. Nach meinen Erfahrungen ist es doch selten, Bacteriurie mit harnstoffzersetzenden Mikroben zu finden, und das Bacterium coli ist ohne Zweifel die häufigste Ursache für Bacteriurie, so wie auch für Cystitis und Pyelitis.

---

[16]) Hogge: Observations de bactériurie. Ann. de la soc. méd. chir. de Liège, avril 1896.

[17]) Schlifka: De la bactériurie. Semaine méd. 1896, S. 136.

IV. Französischer Urologen-Congress.

19.—21. October 1899.

I. Sitzung. Präsident: Prof. Guyon.

Malherbe (Nantes) und Legueu (Paris): Des hématuries essentielles.

Die sogenannten essentiellen Hämaturien erweisen sich bei genauerem klinischen und pathologisch-anatomischen Studium durchweg als abhängig von geringfügigen Läsionen des Nierenparenchyms. Als Ursachen hat man Kalkincrustationen einer Pyramide, minimale tuberculöse Affectionen, in der größten Anzahl der Fälle aber chronisch-nephritische, sclerotische Processe, unterstützt durch heftige congestive Attaken bei arteriosclerotischen Veränderungen der Gefäße, gefunden. Die Nephritis ist dabei meist einseitig, und die Hämaturie ist das einzige Krankheitssymptom, während die Harnabsonderung normal bleibt, die Eiweißausscheidung gering ist und urämische Symptome fehlen. Auf Grund dieser Thatsachen sind eine Reihe von publicirten Fällen anders, als es von den Autoren geschah, zu interpretiren, so der von Sabatier als „hämaturische Nephralgie", der von Senator als „hämophile Hämaturie" beschriebene, bei welchem übrigens inselförmige, umgrenzte, interstitielle Sclerosen gefunden wurden. Auch für die bei Ren mobilis und während der Gravidität auftretenden Hämaturien und ebenso für die bisher als hämophile und angioneurotische aufgefaßten Nierenblutungen müssen wohl geringfügige nephritische Processe als Ursache angenommen werden, wenn dieselben auch noch nicht in allen untersuchten Fällen nachgewiesen worden sind.

Therapeutisch bleiben bei den oft lebensgefährlichen Blutungen Medicamente wirkungslos; von chirurgischen Eingriffen hat gewöhnlich der einfache lumbare Explorationsschnitt genügt, um lange anhaltende Blutungen zum Stillstand zu bringen. Als radicale Operation kommt die Nephrectomie natürlich nur bei nachgewiesener Intactheit der zweiten Niere in Betracht. Bei Ren mobilis hat die Nephropexie und bei Nephritis mit Hämaturie die einfache Nephrotomie dauernde Erfolge gezeitigt.

Guyon: Hématuries de la grossesse.

Guyon bespricht die während der Schwangerschaft und während des Stillens auftretenden Nierenblutungen, auf welche er 1897 zuerst aufmerksam gemacht hatte und von denen jetzt im Ganzen 12 Fälle zur Kenntnis gekommen sind. Er berichtet über zwei neue Fälle, bei denen die Blutungen ohne ersichtlichen Anlaß in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft einsetzten und kurze Zeit vor der Geburt spontan sistirten. Die cystoskopische Untersuchung resp. der Ureterkatheterismus stellten den Ursprung der Hämaturie sicher und wiesen eine starke venöse Hyperämie des Blasenbodens nach. Zu den physiologischen Ursachen der Hämaturie, zu der Hyperämie und Retention müssen in diesen Fällen seiner Ansicht nach noch pathologische Bedingungen hinzukommen, und diese sind in nephritischen Veränderungen zu suchen, die im Lauf der Gravidität entstehen.

Tédenat (Montpellier): Hématuries essentielles.

T. berichtet über einige Fälle von Morbus Brightii, welche die ersten Jahre hindurch als einziges Symptom anfallsweise auftretende, aber reichliche Hämorrhagien aufwiesen. Zwei der Erkrankten wurden durch die Nephrotomie geheilt.

Pousson (Bordeaux): De l'influence de la rétention rénale sur les nephrorrhagies.

Unter den sehr verschiedenartigen, oft an sich geringfügigen Störungen, welche zu einer Nierenblutung Anlaß geben können, gelangen diejenigen, welche, wie die Ren mobilis, zunächst eine Retention setzen, seltener zur Kenntnis. P. hat zwei derartige Beobachtungen zu verzeichnen, einen Fall von Retention durch Klappenverschluß der Ureterausmündung und einen zweiten von Verlegung des Nierenbeckens durch einen Oxalatstein.

Albarran (Paris) resumirt die schon 1898 in einer Bearbeitung des Themas aufgestellte Aetiologie der essentiellen Nierenblutungen dahin, daß er Schwangerschaftshämaturien und Nierenblutungen bei Ren mobilis, bei Hydronephrose und bei gewissen larvirten Formen chronischer Nephritis als gesichert annimmt. Er berichtet eingehend über einen Fall von Hämaturie, bei welchem an einem durch Nephrotomie entnommenen Probestückchen des Nierenparenchyms mikroskopisch die Diagnose einer diffusen Entzündung gestellt wurde. Von practischer Bedeutung ist der Hinweis auf die Gefahr der Blutung nach Nephrotomie in diesen Fällen, ein Vorkommnis, das bei Fortlassen der Naht des Nierenschnittes selbst noch nach 5—6 Tagen nach Entfernung der Tampons eintreten kann.

Boursier (Contrexéville): Des hématuries dites essentielles et d'origine lithiasique rénale.

Die Hämaturie ist eines der Symptome renaler Lithiasis, vielleicht lange Zeit das einzige. Harnsaure und oxalsaure Diathese ohne Steinbildung bedingen aber auch Nierenblutungen. Hierher gehören die Hämaturien bei Gicht, die oft dem Gichtanfall vorausgehen, und die Hämaturien bei Kindern gichtischer Eltern. Die Oxalurie führt noch häufiger zu paroxysmalen, cyclischen Hämaturien, wie sie bei Kindern der ärmeren Klassen beob-

achtet werden und bisher auf nervöse oder Verdauungs-Störungen bezogen wurden.

Hamonic (Paris): Hématuries prémonitoires de certaines affections rénales.

Die Hämaturie geht oft dem Erscheinen der ersten Symptome einer bestimmten Nierenaffection sehr lange voraus, wie H. an fünf, Jahre hindurch beobachteten Fällen von benigner, parenchymatöser Nephritis, Nephrolithiasis, Nierentuberculose und Nierencarcinom zeigen kann.

Imbert (Montpellier): Hématurie hémophilique.

I. stellt den seltenen Fall von renaler und vesicaler Hämaturie eines 23jährigen, wahren Hämophilen vor, bei dem ein Versuch mit den von Lanceraux gegen Aortenaneurysmen empfohlenen Gelatineinjectionen beabsichtigt ist.

Escat (Marseille): Des hématuries rénales chez les prostatiques.

Die Nierenblutungen bei Prostatahypertrophie, welche E. in einer Arbeit 1896 nach ihrem klinischen Bilde geschildert hat, konnte er seither an zwei Autopsien näher studiren. Die renalen Hämaturien sind dabei häufig verdeckt durch vesicale Hämorrhagien und doch von größter Bedeutung für die Therapie. Sie sind bedingt durch die Arteriosclerose des Harntractus und werden veranlaßt durch lange dauernde Distension, durch plötzliche Entleerung mittelst Katheterismus oder Blasenschnitt und schließlich durch die Infection, die zu einer hämorrhagischen Pyelonephritis führt. Die Nieren sind dabei von zahllosen miliaren Abscessen durchsetzt und Kelche und Nierenbecken mit Blutgerinnseln erfüllt. Diese Beteiligung der Nieren erklärt den Mißerfolg jeglichen therapeutischen Eingriffs bei blutenden Prostatikern. Indes bringt die Einlegung eines Verweilkatheters, die Aspiration der Gerinnsel und besonders die Desinfection der Blase die Hämorrhagie in den meisten Fällen zum Stillstand. Im Fall des Fehlschlagens dieser Mittel ist auch die Sectio alta nutzlos.

Castan (Béziers): Hématurie essentielle.

C. hat eine essentielle Hämaturie ohne irgend ein Zeichen nephritischer Processe bei einer Frau in den Wechseljahren mehrere Monate hindurch bestehen sehen und durch physikalisch-diätetische Maßnahmen Heilung erzielt. Im Anschluß an diese Beobachtung will er durch Impfung mit Menstrualblut bei einem Kaninchen renale Hämorrhagien erzeugt haben, ohne daß sich microscopisch eine Nephritis entdecken ließ, und dasselbe Resultat hat er bei einem zweiten Kaninchen durch drei Injectionen von 0,25 Anilinsulfat erzielt. Mit diesen Thatsachen versucht er eine Toxintheorie der Graviditätshämaturien zu begründen.

Desnos (Paris): Des hématuries chez les goutteux.

Die Nierenblutungen bei Gichtkranken treten entweder als Begleiterscheinung der Nierenkoliken oder selbstständig als einziges Zeichen der Erkrankung auf und sind wohl immer auf eine Congestion der Niere zurückzuführen. In einer Anzahl von Fällen hat D. indes Nierensteine gefunden, nach deren spontanem Abgang oder operativer Entfernung die Blutungen sistirten.

II. Sitzung.

Motz (Paris): Traitement abortif de la blennorrhagie.

Wenn eine abortive Behandlung noch angezeigt ist, macht M. innerhalb von 12 Stunden zwei Spülungen der vorderen Harnröhre mit einer Kalipermanganatlösung von 1:500 und 1:1000, und zwar abschnittweise. An die zweite Spülung schließt sich sofort eine Ausspülung der hinteren Harnröhre mit einer Lösung von 1:2000. Dieser Turnus wird mit der letztgenannten Lösung in denselben Zwischenräumen wiederholt, wenn die Secretion sich vermindert und mehr serösen Character angenommen hat. Wenn dieses günstige Resultat nicht eintritt, soll auch die dritte und vierte Spülung mit der Lösung 1:1000 erfolgen. Von 25 nach dieser Methode behandelten Fällen will M. 23mal sehr günstige Erfolge gesehen haben.

Noguès (Paris) glaubt, daß das ganze Geheimnis der Gonorrhoe-Behandlung darin bestehe, daß nur das vorentzündliche Stadium der Erkrankung abortiv behandelt werden dürfe und daß genau die Indication zur Ausspülung der hinteren Harnröhre gestellt wird. In letzterer Beziehung sei es besser, eher zu viel als zu wenig zu thun. Bei der Methode von Motz, die er mit durchaus gutem Resultat adoptirt hat, lassen sich heftige Schmerzen, Blutungen und Retentionen wohl vermeiden.

Guiard (Paris) bleibt ein erklärter Feind der systematischen Anwendung starker Concentrationen zur Abortivbehandlung. In der serösen Secretion, welche sie verursachen, sieht er den günstigsten Nährboden für die Gonokokken und betont die Schmerzhaftigkeit und lebhafte Reaction nach Spülungen mit stärkeren Lösungen. Schwache Concentrationen von 1:5000—10000 sind ebenso wirksam und bleiben ohne störende Folgen.

Keersmaecker (Antwerpen): Traitement abortif de l'uréthrite gonococcique.

K. will die abortive Behandlung auf die vier ersten Tage nach dem infectiösen Coitus beschränken. Er benutzt zu ausgedehnten Spülungen der vorderen Harnröhre den Katheter und die Spritze.

Guiard perhorrescirt die Einführung von Instrumenten bei frischen Entzündungen der Harnröhre und meint, die Behandlung könne nur mit dem Auftreten der ersten Symptome beginnen.

Genouville (Paris): Abscès para-uréthral à gonocoques sans blennorrhagie uréthrale.

G. hat Drüsenabscesse zu beiden Seiten des Frenulum gesehen, deren Eiter Gonokokken enthielt, ohne daß eine Infection der Harnröhre eingetreten war.

Reymond und Noguès besprechen ähnliche Erkrankungen paraurethraler Gebilde, wie sie besonders oft bei Hypospadie sich vorfinden.

Castan (Béziers): Traitement des uréthrites chroniques.

C. verlangt zur vollständigen Diagnose jeder chronischen Urethritis Untersuchung des Secrets, der Urinfäden, der Harnröhre und des durch Massage entleerten Prostatasecrets. Als beste Behandlung empfiehlt er für alle Fälle die systematische Dehnung bis zu 60, die Massage der Harnröhre

und der Prostata. Ein specifisches Medicament giebt es nicht, abgesehen von dem Kaliumpermanganat, das er bei noch Gonokokken führenden Formen in Lösungen von 1 : 10000 zu Spülungen mittelst des Albarran'schen Apparats verwendet. Für Entzündungen ohne Gonokokken paßten am besten Spülungen mit Sublimatlösungen von 1 : 20000. Bei der Häufigkeit der chronischen Urethritis posterior und Prostatitis hat er in letzter Zeit wieder die Guyon'sche Argentum-Instillation (Gargarisme prostatique) mit gutem Erfolg angewendet.

Guiard (Paris): Remarquable efficacité de la methode des hautes dilatations dans les rétrécissements difficiles et rebelles.

G. empfiehlt zur Behandlung schwerer Stricturen über das gewöhnliche Maß von 28 Ch. hinausgehende Dehnungen, die er in größeren Pausen vornehmen lassen will. Es soll sich dabei vor Allem um eine prophylactische Maßnahme handeln. Als Maß für das schließlich zu Ende der Behandlung festzuhaltende Caliber gilt, daß dasselbe um etwas höher sein soll als die Sonden, nach deren Anwendung die functionellen Störungen schwanden.

Genouville und Zadok (Paris): Uréthrotomies externes avec suture des parois uréthrales sans suture des parties molles et de la peau.

Die Autoren empfehlen für alle Fälle von Urethrotomie, bei denen eine prompte Wiedervereinigung aller Schichten wegen eingetretener Infection nicht zu erwarten steht, eine Naht der Urethralwand für sich allein über dem Verweilkatheter vorzunehmen und den äußeren Abschnitt der Wunde, der Haut und Weichteile nur zu tamponiren. Sie haben dieses Verfahren an sechs eigenen Fällen erprobt und berichten, daß es von Guyon und Albarran ausschließlich angewendet wird.

Pasteau: Des calculs diverticulaires de l'urèthre chez la femme.

Schon häufiger hat P. neben der weiblichen Urethra in einer Tasche der unteren Wand, die als Anhangsgebilde der Harnröhre offen mit derselben communicirt, sich Steine entwickeln sehen und diese Fälle auch 1896 zusammen mit Quénu als Calculs sous-uréthraux beschrieben. Ihre Kenntnis ist für die Diagnose von Tumoren der vorderen Vaginalwand von Bedeutung. Zur Behandlung reicht allein der urethro-vaginale Schnitt mit Resection der Tasche und Vernähung der Wände aus.

Guillon (Paris): Abscès de la prostate à pneumocoques.

G. berichtet über den seltenen, bacteriologisch sicher gestellten Fall eines auf Pneumonokokken zurückzuführenden Prostataabscesses, der sich im Anschluß an eine Bronchopneumonie bei einem an chronischer Urethrocystitis erkrankten und mit Dilatation behandelten Patienten gebildet hatte.

Hogge (Liège): Electro-massage de la prostate contre les prostatites et le prostatisme; remarques sur le traitement des prostatites.

H. glaubt mit Hilfe der Massage der Prostata mittelst des electrischen Stromes auch auf die Teile der Drüse einwirken zu können, die sich dem

Drucke des massirenden Fingers vollständig entziehen. Er verwendet allein den galvanischen Strom und hat als Electrode einen Kautschukfingerling vor zwei Jahren angegeben. Als Vorbedingung für die Inangriffnahme der Prostatabehandlung gilt auch ihm die vollständige Gesundung der Harnröhre. Im Uebrigen warnt er vor einer allzu energischen Localbehandlung der Vorsteherdrüse und verläßt sich mehr auf die heilende Kraft der Natur, die er durch hygienisch-diätetische und hydrotherapeutische Maßnahmen zu unterstützen sucht. Mit der Massage der Prostata, in Combination mit der Einwirkung des constanten Stromes, hat H. in der ersten Periode der Prostatahypertrophie gegenüber den Symptomen des vesicalen Prostatismus gute Erfolge in einigen Fällen gehabt, insofern als sich die Zahl der nächtlichen Mictionen und die Schwierigkeiten der Urinentleerungen verringerten. Die weiter vorgeschrittenen Stadien des Leidens verhalten sich dagegen diesem Mittel gegenüber vollständig refractär, wie das in ihrer anatomischen Natur auch begründet liegt.

Desnos: Abscès latents de la prostate.

Prostataabscesse entwickeln sich nicht zu selten ohne die bekannten alarmirenden Symptome unter den verschiedenartigsten Bedingungen. Bei Prostatahypertrophie entstehen sie im Anschluß an die Infection der Blase ohne Fiebersteigerung und setzen plötzlich eine Retention, die erst nach Entleerung des Eiters gehoben wird. Noch weniger bekannt sind die miliaren Abscesse bei Blennorrhoe, welche auch Schmerzen und Erschwerung bei der Miction verursachen, neben den allgemeinen Symptomen der Prostatitis, und auch für die rectale Palpation unerkennbar bleiben. D. hat einmal die Oeffnung eines solchen entleerten Abscesses in der Harnröhre urethroskopisch constatirt.

Castan (Béziers): Sur la prostatite chronique.

C. berichtet über zwei genauer verfolgte Fälle dieses, im Verlaufe der Blennorrhoe so häufigen Leidens, dessen Symptomatologie mit derjenigen der Cystitis colli oft so genau übereinstimmt, daß ihm überhaupt Zweifel kommen an der Existenz dieser letzteren Affection für sich allein.

Janet (Paris): Phénomènes du prostatisme dans la prostatite chronique.

J. hat in zwei Fällen einfacher chronischer Entzündung der Vorsteherdrüse alle Symptome der Prostatahypertrophie constatiren können, und macht darauf aufmerksam, daß solche lange bestehenden Prostatitiden bei Hinzutritt besonderer Schädlichkeiten, wie Radfahren und ähnlichem, zu incompleter oder completer Retention Anlaß geben können.

Janet: Traitement de la prostatite chronique.

Während man vom ätiologischen Standpunkte aus die chronischen infectiösen Prostatitiden in gonorrhoische und in von anderen Bacterien verursachte einzuteilen hat, unterscheidet man von therapeutischen Gesichtspunkten aus am besten solche, die sich durch Massage entleeren, und solche, die sich dadurch nicht entleeren lassen. Die ersteren können, was auch ihre Ursache sein mag, leicht geheilt werden. Die von Popper empfohlene

Faradisation der Prostata erreicht auch da eine Entleerung des Secrets, wo die Massage im Stiche läßt, und ist ein wesentlicher therapeutischer Factor.

Hogge hat mit dem faradischen Strom weniger gute Resultate erhalten als mit dem constanten Strom.

Guiard: Lithotritie uréthrale appliquée au traitement des calculs de la région prostatique.

G. hat in einem günstig gelegenen Falle einen in der Pars prostatica steckenden Fremdkörper mittelst schmalen Lithotriptor an Ort und Stelle zerkleinert und ohne Schädigung der Harnröhre mit demselben Instrument stückweise entfernt. Bedingungen für diese ungewöhnliche Operation sind Durchgängigkeit der Urethra und geringes Volumen des Steines, der weder die Harnröhre obstruiren noch weit in die Blase hineinragen darf.

Julius Jacobsohn (Berlin).

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

DDr. Max Joseph (Berlin) und Georg Loewenbach (Wien): **Dermato-histologische Technik.** Ein Leitfaden für Aerzte und Studirende. (Berlin 1900, Luis Marcus.)

In der Absicht, sowohl dem Anfänger, als auch dem bereits vorgeschrittenen Forscher einen Leitfaden zur schnellen Uebersicht der zu allen Untersuchungen auf dem dermato-histologischen Gebiet notwendigen technischen Methoden zu geben, haben die Verff. von einer vollständigen Wiedergabe der zahlreichen Methoden abgesehen und vornehmlich diejenigen angeführt, welche sich ihnen nach öfterer Anwendung und langer Uebung als sicher und einwandsfrei erwiesen haben. Der von den Verff. geschaffene Leitfaden giebt trotz der erwähnten Einschränkung ein vollständiges Bild der modernen dermato-histologischen Technik, in dem man kaum etwas vermissen würde. In gedrängter Kürze (das Buch zählt im Ganzen 110 Seiten), und in übersichtlicher Anordnung unterrichten die Verfasser über jede in der täglichen Praxis des Dermatologen vorkommende Untersuchungsmethode, ohne das Gebiet der Venerologie, die zu der Dermatologie in so engen Beziehungen steht, vernachlässigt zu haben. Wir können auf Grund einiger Stichproben, die vorzunehmen wir dieser Tage in einem concreten

Fall gerade Gelegenheit hatten, sagen, daß sich das Buch als Nachschlagebuch zur kurzen und raschen Orientirung einem jeden Interessenten bewähren würde.

Aus dem Inhalt des Buches wollen wir die in das specielle Gebiet der Venerologie fallenden Abschnitte, die die Färbungsmethoden der drei in der Venerologie in Betracht kommenden Bacterienarten: der Syphilisbacillen, der Ulcus molle - Streptobacillen und des Gonococcus behandeln, besonders hervorheben. Casper.

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Linossier: **A propos du l'opothérapie du diabète.** (Lyon médical 1899, XI, 359.)

Zwei Fälle von Diabetes, bei denen die Leber sicher an der Krankheit beteiligt war — das eine Mal abnorme Empfindlichkeit der Leber, im anderen Fall Hypertrophie und Härte des Organs —, wurden wochenlang mit Leber, täglich 200 g rohe Leber und 100 g Wasserauszug, behandelt. Das Resultat ist ein negatives; weder wurde das Allgemeinbefinden gebessert, noch die Zuckerausscheidung vermindert. Mankiewicz.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Cavart: **Valeurs des principales médications de l'uréthrite blennorrhagique aiguë.** Essai de critique thérapeutique. (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 10. — Thèse de Paris, 21. Juli 1899.)

Die mechanischen Momente, Schnelligkeit und Druck der Injection, sowie Menge der injicirten Flüssigkeit, sind ziemlich wertlos. Die Thermotherapie des Trippers ist ungenügend oder gefährlich. Gute Antiblennorrhoica bleiben die Balsamica (Cubeben, Copaiva, Sandelöl). Das beste Antisepticum ist das Kaliumhypermanganat und den organischen Silbersalzen, sowie dem Airol überlegen. Spülungen sind den Injectionen vorzuziehen und letztere in der Hand des Patienten gefährlich. Doch auch die Spülungen haben vor der inneren Medication keinen deutlichen Vorzug, und letztere ist viel einfacher. Die Abortivbehandlung ist ein Luxusverfahren, das nur beschränkte Anwendung finden darf. Hygiene und Diät sind vielleicht wichtiger als jede Medication. Dreyer (Köln).

Witte: **Zur Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis.** (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 50, Heft 1.)

Zu den bisherigen fünf Beobachtungen anderer Forscher fügt W. einen neuen Fall hinzu, bei dem er mikroskopisch und culturell sicher Gonokokken nachweisen konnte. Auf Grund dieses Befundes hält er den Gonococcus für den alleinigen Erzeuger der Nebenhodenentzündung: „Wir sind nun der Meinung, daß alle gonorrhoischen Epididymitiden durch den Gonococcus selber hervorgerufen werden“ Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Maradeix: **Déférentite, vésiculite et péritonite blennorrhagiques.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 10. — Thèse de Paris, 23. November 1898.)

In einem Falle schloß sich an eine Epididymitis mit Deferentitis eine Peritonitis an, im anderen an eine Deferentitis eine subperitoneale Phlegmone. Deferentitis und Funiculitis sind aber außerordentlich häufig als Vorläufer oder im Gefolge der Epididymitis vorhanden und können auch ohne diese auftreten. Samenblasenentzündung ist sehr viel häufiger im Gefolge des Trippers, als man bisher annahm. Alle diese Complicationen können Abscesse bilden, wenn auch meist Resolution stattfindet. Die gefährlichste Complication der Gonorrhoe ist die Peritonitis, die circumscript und diffus auftreten kann, sich meist direct von einer Deferentitis oder Epididymitis fortgepflanzt hat. Die subperitoneale Phlegmone ist in der Fossa lumbalis, dem unteren Teil der Regio iliaca interna und in der untern Bauchwandportion beobachtet. Auch sie führt zu Abscessen oder zur Resolution. Dreyer (Köln).

Duval: **Contribution à l'étude des complications méningo-médullaires de la blennorrhagie.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 19. April 1899.)

D. konnte einen Kranken mit motorischen und sensiblen Störungen, denen eine Meningo-Myelitis zu Grunde lag, untersuchen. Er fand im Punktionsexsudat aus dem Rückenmark keine Gonokokken. Wenn wir auch noch nicht berechtigt sind, die genannten Erscheinungen im Verlaufe der Gonorrhoe mit Sicherheit auf einen gonorrhoischen Proceß zu beziehen, so ist man klinisch klar darüber, da die Erscheinungen mit dem Ausfluß aufzuhören pflegen. Man unterscheidet eine acute und eine chronische Form, welch letztere aus ersterer hervorgeht oder von vornherein entsteht. Die Symptome unterscheiden sich von denen der Myelitis aus anderer Ursache nicht. Doch ist es auffallend, daß bei der acuten Form sofort die Sphincteren beteiligt sind, während bei den gewöhnlichen Myelitiden man diese Störungen erst in einer späteren Periode beobachtet. Die Behandlung combinirt die gewöhnliche Behandlung der Myelitis und der Gonorrhoe.

Dreyer (Köln).

Bouvier: **Contribution à l'étude des troubles paralytiques des membres inférieurs dans la blennorrhagie.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 19. Juli 1899.)

Wenn die Meningomyelitiden bei Blennorrhoe auch von letzterer abhängig sind, so erklären sie doch die paralytischen Störungen der unteren Extremitäten bei Gonorrhoikern nur teilweise. Die Paresen treten namentlich bei Leuten in stehenden Gewerben auf; congenitale Plattfüße begünstigen ihr Erscheinen. Die Synovialis der Gelenke und periartikulären Sehnen sind in diesen Fällen fast immer erkrankt. Darauf entwickeln sich Muskelatrophieen, nachdem häufig Contracturen vorausgingen, die zu einem Pes valgus führen. Weiterhin können die zunächst auf Fuß und Unterschenkelmuskeln beschränkten Atrophieen ohne Erkrankung des Knies auch den Oberschenkel befallen. Beide Seiten sind gleichmäßig befallen. Wenn in solchen Fällen, was selten zwar verkommt, Arthritiden der Wirbelgelenke mit Schmerzen bestehen, so wird eine Meningomyelitis vorgetäuscht. Indes kann man durch Auffinden der Muskelatrophieen und der Gelenkveränderungen die richtige Diagnose stellen. Diese Paraplegieen heilen entgegen denen bei Myelitis, erscheinen aber beim Neuerscheinen des Trippers wieder mit. Die Kranken müssen im Bett bleiben, massirt, galvanisirt und von der Blennorrhoe geheilt werden. Dreyer (Köln).

Bouvy: **Considérations bactériologiques, cliniques et thérapeutiques sur la blennorrhée vulvo-vaginale des enfants.** (Ann. de dermat. et de syph. 1899, No. 10. — Thèse de Paris, 19. April 1899.)

B. berichtet über 30 Fälle von Vulvo-vaginitis bei Kindern unter 13 Jahren, die größtenteils auch histologisch untersucht sind. Es giebt secundäre Vulvovaginitiden, constitutionelle oder catarrhalische Formen und contagiöse, gonorrhoische oder pseudogonorrhoische. Die letzte Form ist die wichtigste. Die bacteriologische Untersuchung bestimmt Diagnose, Prognose und Behandlung. Unter 54 Untersuchungen fand B. 20mal Gonokokken, darunter 3mal zusammen mit anderen Diplokokken, 33mal Diplokokken, die einige Autoren als Pseudogonokokken bezeichnen, und 1mal Staphylokokken. Die gonorrhoischen und pseudogonorrhoischen Vulvovaginitiden treten häufig epidemisch auf, und man findet im Allgemeinen leicht den Ausgangspunkt, z. B. eine kranke Mutter. Während die Symptomatologie der beiden Formen kaum verschieden ist, ist die Heilungsdauer bei den gonorrhoischen im Durchschnitt doppelt so lange (66 Tage), als bei den pseudogonorrhoischen (33 Tage). Recidive sind bei beiden häufig. Complicationen mit Cystitis, Salpingo-ovaritis, Peritonitis, Polyarthritis, Ophthalmie gestalten die Prognose oft recht schwer, so daß die Verbreitung der Prophylaxe in Schulen, Krippen und Kinderverwahrhäusern notwendig ist. Zur Behandlung eignen sich besser als Kalium hypermanganicum Protargol, Ichthyol und namentlich Wasserstoffsuperoxyd.

Dreyer (Köln).

1. Migot: **Considérations sur les abscès de la glande vulvo-vaginale.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris 1899.)
2. Fostier: **Contribution à l'étude des bartholinites et en particulier de leur traitement.** (Ibidem.)

M. (1) hält die Bartholinitis meist, aber nicht immer für durch Gonokokken veranlaßt. Zur Behandlung empfiehlt er das Verfahren Jullien's der Chlorzinkinjectionen in die Drüse, die leicht auszuführen sind, gut vertragen werden und vor Recidiven schützen. F. (2) dagegen wendet zuerst resolvirende Mittel an, eröffnet bei acuter Eiterung den Herd, kratzt aus und drainirt, während er bei chronischer Suppuration nur die Exstirpation der Drüse anwendet, die selbst durch eine bestehende Schwangerschaft nicht contraindicirt ist. Dreyer (Köln).

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

J. Neumann (Wien): **Vorlesungen über die Therapie der Syphilis.** (Wiener med. Wochenschrift 1899, No. 32, 33, 34, 35, 37, 39, 40.)

Wir wollen aus den sehr inhaltreichen Ausführungen N.'s nur einige Punkte hervorheben. Was den Wert der Präventivbehandlung der Syphilis betrifft, so ist derselben das Urteil gesprochen durch die Thatsache, daß selbst die vollständige Saturation des Organismus mit Quecksilber bei zweifelloser syphilitischer Infection den Eintritt der constitutionellen Erscheinungen nicht verhindert. Die präventive Mercurialkur ist zu beschränken auf diejenigen Fälle, in welchen die ungewöhnliche Größe des syphilitischen Primäraffectes, ferner die Localisation bezw. die durch dieselbe bedingte Auffälligkeit, leichte Uebertragbarkeit, imminente Zerstörung höchst wichtiger Teile (Cornea, Lider etc.), lästige oder mit Schmerzen verbundene wichtige Functionsstörungen eine rasche Behebung erfordern. Auch Caspary's Indication der Frühkur bei Schwangeren, deren Infection sichergestellt ist, muß als berechtigt anerkannt werden, insoweit, als dadurch der angestrebte Zweck, der normale Schwangerschaftsverlauf und die günstige Wirkung des Mercur auf die Frucht, erreichbar ist, was aber leider nur selten der Fall ist, weil die Kranken zu spät zur Behandlung kommen. Auch durch die Excision des syphilitischen Primäraffectes wird der Eintritt der constitutionellen Erscheinungen nicht verhindert. In der Regel ist daher die nahezu oder gänzlich vollendete erste Eruption an Haut und Schleimhaut als der

möglichst nachhaltige Behandlung der ersten Erkrankung zu legen; wird den in den ersten Jahren in der Regel sich einstellenden Recidiven die gleiche Sorgfalt zu Teil, dann wird die tertiäre Lues auf eine geringe Ziffer herabgedrückt werden können. E. Samter.

Alex. Haslund: **Ueber den extragenitalen Schanker, sowie Häufigkeit und Bedeutung für den Verlauf der Syphilis.** (Hospitals Tidende 1899, No. 3—5.)

Der extragenitale Schanker wird von den practicirenden Aerzten oft verkannt, auch wenn er an recht gewöhnlicher Stelle, wie z. B. an der Lippe oder an einem Finger vorkommt, und sogar wenn er in seiner am meisten typischen Form als echter Hunter'scher Schanker auftritt. Ferner wird auch oft die primäre syphilitische Narbe übersehen. Es präsentirt sich diese Narbe ja auch nicht in so handgreiflicher Weise, wie ein Geschwür, und es ist deshalb oft nötig, lange nach derselben zu suchen. Findet sich die Initialläsion nicht, ist nach der primären Drüsengeschwulst zu suchen, die wie bekannt weit größer und härter als die übrigen Drüsenschwellungen ist.

Verf. hat nun für 16 Jahre alle nach extragenitaler Infection entstandenen Fälle von Syphilis gesammelt, die an der 1. Abteilung des Kopenhagener Commune-Hospitals behandelt worden sind und bei denen der primäre Schanker oder die indurirte Narbe bei der Aufnahme noch vorhanden war.

Jahr	Syphilis		Extragenitaler Schanker			pCt.	pCt.
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Summa		
1882	222	201	4	8	12	2,8	2,6
1883	257	201	3	7	10	2,2	
1884	269	198	6	4	10	2,1	
1885	224	197	8	6	14	3,3	
1886	223	180	9	8	17	4,2	5,6
1887	181	103	8	5	13	4,6	
1888	154	105	7	9	16	6,2	
1889	110	67	7	6	13	7,5	
1890	116	36	5	6	11	7,2	6,5
1891	111	35	7	3	10	6,8	
1892	125	39	6	3	9	5,5	
1893	120	52	5	6	11	6,4	
1894	211	82	7	11	18	6,2	6,2
1895	201	80	8	5	13	4,6	
1896	204	90	5	12	17	5,7	
1897	210	117	13	14	27	8,2	
Summa	2938	1783	108	113	221	4,7	

geeignetste Zeitpunkt für den Beginn der mercuriellen Allgemeinbehandlung anzusehen.

Die wirksamste Kur ist die Inunctionskur, die Injectionsbehandlung ist ihr nicht vollkommen gleichwertig, eignet sich aber für die ambulante Behandlung, ferner für leichte Syphilisrecidive; besonders geeignet erscheint sie für diejenigen Fälle, in welchen durch angeborene oder erworbene Anomalien der Haut die Follikel krankhaft verändert sind, so auch bei senil atrophischer Haut. Die Anwendung löslicher Mittel zur Injection ist vorzuziehen, wenn auch die Anzahl der nötigen Injectionen dabei eine wesentlich größere ist. Die Annahme, dass man bei der Injection unlöslicher Substanzen das Quecksilber dem Organismus ganz allmählich zuführt und dieser dadurch vor einer unvermutet eintretenden Intoxication geschützt wird, ist nicht stichhaltig, wie letal verlaufene Fälle beweisen; andererseits kommen auch hier häufig Recidive vor und erscheinen selbst in Fällen, wo Infiltrate an früheren Injectionsstellen darauf hinweisen, daß noch Quecksilberdépots vorhanden sind.

Intravenöse Injectionen haben nach Versuchen, die N. auf seiner Klinik angestellt hat, keine besonderen Vorteile gegen andere Injectionen ergeben. Quecksilberräucherungen sind völlig unzulänglich und können durch Sublimatbäder ersetzt werden, die besonders bei ulcerösen und pustulösen Formen der Syphilis wirksam sind. Das Jod ist, abgesehen von seinem Gebrauch im tertiären Stadium, anzuwenden bei Kranken, welche bereits ausreichend mit Mercur behandelt sind und an leichtem Recidiv, etwa in Gestalt von Papeln und Psoriasis der Mundschleimhaut, Psoriasis der Vola oder Planta und dergl. leiden; ferner ist es wirksam bei allen mit Fieber und Schmerzhaftigkeit einhergehenden Syphiliserscheinungen, namentlich neuralgischen und periostalen, so beim Stirnkopfschmerz in der Eruptionsperiode, Periostitiden im recenten und späteren Stadium, Augenaffectionen, ferner bei syphilitischem Fieber. Ueber die Serumtherapie läßt sich ein endgiltiges Urteil noch nicht abgeben.

Was die chronisch-intermittirende Behandlung Fournier's betrifft, so hat N. aus verschiedenen Ländern nach dieser Methode behandelte Kranke mit den schwersten Formen tertiärer Lues behaftet gesehen; auch an der Klinik beobachtete Prostituirte, bei denen Recidive häufig sind und die fort und fort durch Jahre unter Controle stehen, die demnach chronisch-intermittirend behandelt werden, bleiben keineswegs von tertiärer Lues verschont. Es muß auch berücksichtigt werden, daß eine nicht geringe Anzahl von Kranken schon nach einer einzigen regelrecht durchgeführten Kur geheilt und demnach von jedem Recidiv frei bleibt; ferner ist erwiesen, daß etwa drei Viertel der secundär Syphilitischen bei einer regelrechten symptomatischen antisyphilitischen Behandlung von tertiärer Lues verschont bleiben und nur ein Viertel ihr verfällt.

Es kann daher zur Zeit die symptomatische Behandlungsmethode als die allein rationelle betrachtet werden. Besonderes Gewicht ist auf die sorgfältige Behandlung der ersten syphilitischen Manifestationen, auf die

In vorstehender Tabelle ist bei jedem Jahre angeführt, wie viele Männer und Frauen auf den ersten Ausbruch von Syphilis behandelt wurden und wie viele von diesen den extragenitalen Schanker hatten. Derselbe kommt, wie die Tabelle ergiebt, in 4,7 pCt. aller Fälle von frischer Syphilis vor und ist ungefähr doppelt so häufig bei Frauen (6,34 pCt.) wie bei Männern (3,71 pCt.).

Verf. giebt ferner genaue Tabellen über die verschiedenen Localisationen des extragenitalen Schankers, über das Alter und die Lebensstellung der Patienten. Ferner werden mittels der vorhandenen Statistik von Bulkley, Münchheimer, Krefting, Fournier, Pospelow u. A. Vergleiche angestellt über Häufigkeit und entsprechendes Verhalten desselben in anderen Ländern.

Zum Schluß zeigt noch Verfasser beim Durchsprechen seines großen Materials, daß die auf eine extragenitale Primäraffection folgende Syphilis in keiner Hinsicht sich von der in gewöhnlicher Weise auf sexuellem Wege erworbenen unterscheidet und absolut keine Tendenz zum malignen Verlauf aufweist. Tritt ein solcher gleichwohl ein, so liegt sicher der Grund dazu in ganz anderen Momenten als dem, daß der Schanker an ungewöhnlicher Stelle saß. Max Melchior (Kopenhagen).

Lebard: **Étude clinique sur la syphilis contractée après 60 ans.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 10. — Thèse de Paris, 21. December 1898.)

Die Greisensyphilis kommt ziemlich häufig vor und hat gewisse Besonderheiten, die L. nach 13 Fällen eigener Beobachtung schildert. Die Incubationszeit des ersten Stadiums ist eine besonders lange und der Schanker ulcerirt selten, während seine Induration mehrere Monate bestehen bleibt. Drüsenschwellungen sind häufig ausgedehnt und mächtig. Extragenitale Schanker kommen im höheren Alter besonders oft vor. Die secundären Syphilide treten hauptsächlich in papulöser Form auf, über den ganzen Körper verbreitet und confluirend. Man trifft sie fast immer an der Palma manus und an der Planta pedis. Nässende Papeln sind an den Genitalien selten, dagegen häufig im Mund, namentlich an der Zunge vorhanden und besitzen eine ungemeine Recidivfähigkeit. Die Iris ist in einem Drittel der Fälle schon früh beteiligt. Ecthymatöse Syphilide sind häufig, zuweilen als maligne Frühform vorhanden. Das Allgemeinbefinden ist immer beeinträchtigt, und Appetitlosigkeit gehört zur Regel. Tertiäre Formen treten in mehr als einem Drittel der Fälle als Gummata oder Störungen des Nervensystems auf. Die Prognose ist nicht leicht, da schon kurz nach dem Beginn der Syphilis plötzlich der Tod eintreten kann. Die Behandlung muß so früh wie möglich einsetzen. Dreyer (Köln).

Dr. Dreyer (München): **Syphilis und Trauma.** (Vortrag auf der 71. Naturforscherversammlung zu München. Monatsschr. f. Unfallheilkunde, October 1899.)

Den Kern des Vortrags bildet ein von D. beobachteter Fall, der geradezu als ein Unicum in der gesamten Syphilislitteratur betrachtet werden kann.

Es fehlt aber im Vortrage nicht auch an beachtenswerten allgemeinen Ausführungen, denen ein Ueberblick über die bisherigen Veröffentlichungen, über die Wechselbeziehungen zwischen Trauma und Syphilis zu Grunde liegt. Wunden Syphilitischer, welche gesundes Gewebe treffen, heilen nach Neumann in der Regel bei Vermeidung sonstiger Schädlichkeiten in durchaus normaler Weise. Trifft die Wunde dagegen ein syphilitisches Infiltrat, so wird dieses durch den Wundreiz zur Proliferation und zum ulcerösen Zerfall angeregt. Uebrigens können noch andere Momente für einen abnormen Wundverlauf in Betracht kommen, so die allgemeine Kachexie bei hochgradig afficirten Individuen, welche demgemäß einen geringeren Heiltrieb und somit einen verlangsamten Heilverlauf aufweisen, des Weiteren aber namentlich fortgesetzte mechanische und anderseitige Reizungen der Wunde durch Stoß, Druck, Reibung. Nach Transplantationen, ferner nach Operationen am Gaumensegel tritt bei Syphilitischen häufig geschwüriger Zerfall ein, weshalb in solchen Fällen in der Regel der Operation eine antisyphilitische Behandlung vorausgeschickt werden soll. Dasselbe gilt für Operationen an der Iris. Bezüglich der Frage der Heilung von Knochenbrüchen bei Syphilitischen ist Bruns der Ansicht, daß zwar die constitutionelle Syphilis eine Störung der Bruchheilung zu bewirken vermag, daß aber letztere im Verhältnis zu dem häufigen Vorkommen von Fracturen nur ganz ausnahmsweise zur Beobachtung kommt. An syphilitisch erkrankten Knochen können aus ganz geringfügigen Anlässen Spontanfracturen eintreten, namentlich am Akromion und an den Röhrenknochen, entweder in Folge der allgemeinen luetischen Beschaffenheit oder in Folge Zerstörung des Knochengewebes durch gummöse Ostitis und Peritonitis. Es kann die Spontanfractur bei eingeleiteter antisyphilitischer Kur entweder normal heilen, wie jede gewöhnliche Fractur, oder aber es verzögert sich die Heilung Monate lang, oder schließlich es kommt keine Heilung zu Stande und bleibt eine Pseudarthrose zurück.

Auf der anderen Seite giebt es eine Reihe Beobachtungen, die den Beweis führen, daß an von einem Trauma betroffenen Stellen specifische Veränderungen entstehen können. So berichtet Maréchaux über eine syphilitische Ostitis und Periostitis ossificans der rechten Ulna und des oberen Endes des rechten Schienbeines, die im Anschluß an Quetschungen dieser beiden Knochen auftraten und zu deutlichen Verdickungen an den geschädigten Stellen führten. Nach Lang soll man bei wohlgenährten Personen, die eine hartnäckig verlaufende, durch ein Trauma provocirte Gelenkskrankheit acquirirt haben, um so mehr an Syphilis denken, je unbedeutender die einwirkende Gewalt war. Beobachtungen aus der Langenbeck'schen Klinik lehren, daß auch die Hodensyphilis von einem Trauma ihren Ursprung nehmen kann. Bronner sah in drei Fällen nach einem Trauma des Auges typische interstitielle Keratitis und periphere Chorioiditis auftreten. Auch Gehirnsyphilis kann sich im Anschluß an ein Trauma entwickeln, und man muß nach Analogie dieser Fälle die Möglichkeit zugeben, daß die syphilitischen Affectionen auch der meisten übrigen Organe durch

ein auf sie einwirkendes Trauma ausgelöst werden können. Unter Bezugnahme auf die analogen Verhältnisse bei Tuberculose wirft nun Verf. die für die unfallsärztliche Praxis wichtige Frage auf, ob auch eine latente Syphilis in Folge eines Traumas florid werden und fern vom Ort der Einwirkung ihre schädliche Wirkung entfalten kann. Diese Frage beantwortet Verf. auf Grund seiner, wie gesagt, als Unicum dastehenden Beobachtung bejahend Dieselbe betrifft einen 46jährigen Tagelöhner, bei dem im Anschluß an einen Bruch des rechten Oberschenkels und des rechten Oberarmes syphilitische Affectionen am Nasenrücken und Gaumen auftraten. Es kam zu Zerstörungsprocessen, die durch eine energische Jodkalibehandlung zum Abschluß gebracht wurden. Die Syphilis führte im Verein mit schweren Knochenbrüchen zu einer erheblichen Störung des Allgemeinbefindens und zur Herabsetzung der Ernährung und der Körperkräfte. Trotz der mangelhaften anamnestischen Angaben und des spärlichen objectiven Befundes mußte man annehmen, daß eine syphilitische Infection früher stattgefunden habe, deren primäre Erscheinungen völlig verschwunden sind, ohne sichtbare Spuren zu hinterlassen. Nach Lage des Falles mußte die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges des Traumas und des plötzlichen Ausbruches der bis dahin latent gebliebenen Syphilis angenommen werden, und so wurde dem Patienten eine Rente in der Höhe von 75 pCt. von der betreffenden Berufsgenossenschaft bewilligt.

Zum Schluß stellt Verf. folgende Thesen auf:

1. Ein Trauma ist im Stande, bei syphilitischen Personen am Ort der Einwirkung selbst syphilitische Erscheinungen und Veränderungen hervorzurufen, bezw. an der Stelle der Verletzung schon in Entwicklung begriffene syphilitische Producte zu verschlimmern. Es braucht dabei nicht immer zu nennenswerten Störungen der Erwerbsfähigkeit zu kommen, doch kann in einer großen Reihe von Fällen erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit die Folge sein.

2. In gleicher Weise vermag ein Trauma gelegentlich eine bis dahin latente Syphilis aus ihrem Schlaf zu erwecken und die Ursache für syphilitische Neubildungen und Zerstörungen fern vom Ort der Einwirkung an beliebigen Organen und Stellen des Körpers zu werden. Meistenteils haben diese Veränderungen erhebliche Störungen des Allgemeinbefindens im Gefolge, ja sie können völlige Arbeitsunfähigkeit verursachen. Die Störungen sind in der Regel um so schwerer, je edlere Organe von der Syphilis befallen werden.

In allen diesen Fällen sind die Berufsgenossenschaften verpflichtet, die Kranken für ihre durch die Folgeerscheinungen der Syphilis bedingte Arbeitsunfähigkeit zu entschädigen, mögen dieselben nun zum Ausbruch kommen am Ort der Einwirkung des Traumas selbst oder fern von demselben, und Verf. ist in Uebereinstimmung mit Kaufmann der Ansicht, daß die Kranken baldigst einer antisyphilitischen Behandluug zuzuführen sind.

Lubowski.

Dr. Finkelnburg: **Syphilis und Kuhpockenimpfung.** (Auszug aus dem Aufsatz des Verf.'s: „Ueber Gesundheitsstörungen in Folge der Kuhpockenimpfung und die Maßnahmen zur Verhütung derselben vom sanitätspolizeilichen Standpunkt" im Cbl. f. allgemeine Gesundheitspflege 1899, Bd. 18, Heft 9 u. 10.)

Die Syphilis steht zur Kuhpockenimpfung in 2facher Beziehung. Erstens kann eine bis dahin latent verlaufene hereditäre Syphilis durch den Act der Vaccination manifest werden, und zwar in Form von syphilitischen Hautausschlägen. Zweitens kann das Syphilisgift direkt durch die Impfung auf ein bis dahin gesundes Kind übertragen werden. Für die Differentialdiagnose zwischen eigentlicher Impfsyphilis und den durch den Impfeingriff bei hereditär Syphilitischen lediglich ausgelösten Erscheinungen kommen zwei Momente in Betracht: einmal der Zeitpunkt des Auftretens und zweitens der Character der an der Impfstelle entstehenden Affection. Der Ausbruch secundärer Erscheinungen einer Impfsyphilis erfolgt selten vor 6 Wochen, während beim Manifestwerden einer hereditären Syphilis der späteste Termin des Auftretens des Exanthems 24 Tage nach erfolgter Impfung betrug. Das weitere diagnostische Merkmal bildet der Befund an den Impfstellen. Das Kriterium einer Impfsyphilis liegt in der Ausbildung eines syphilitischen Primäraffectes, d. h. einer Induration an der Impfstelle. Fehlt eine solche und beginnt die Krankheit entweder unmittelbar nach der Impfung oder 3—4 Wochen später mit den Symptomen der secundären Syphilis, so ist daraus zu schließen, daß es sich nicht um eine Impfsyphilis handelt, sondern daß durch den Reiz der Impfung die bereits latent vorhandene Krankheit zum Ausbruch gelangte. Die Sicherheit des genannten Kriteriums wird nur insofern gemindert, als in Ausnahmefällen die ersten Zeichen einer bis dahin latenten hereditären Syphilis sich bald nach einer Vaccination gerade an den Impfstellen zeigen können. Dies beweisen die Beobachtungen von Robinson, Rinecker, Mori, nach denen sich an den Impfstellen tiefe kraterförmige, nicht indurirte Geschwüre zeigten, welche zur Verwechslung mit Primäraffecten Anlaß geben konnten. Man muß somit nach Immerwahr vor allem auf den indurativen Character der an der Impfstelle entstehenden Affecte für die positive Diagnose der Impfsyphilis ein besonderes Gewicht legen.

Die direkte Uebertragung des Syphilisgiftes durch die Impfung ist von impfgegnerischer Seite von jeher als schwerste Schädigung hervorgehoben worden. Die Möglichkeit einer Impfsyphilis ist lange Zeit eine strittige Frage gewesen; heutzutage ist dieselbe dahin definitiv zu beantworten, daß es eine solche thatsächlich giebt. Der Beweis ist nicht nur durch Beobachtungen von Einzel- und Masseninfectionen von Syphilis bei der Impfung von Arm zu Arm oder mit humanisirter Lymphe erbracht, sondern auch durch den direkten Einimpfungsversuch von Cory, der mit dem wasserklaren Inhalt der Vaccine eines syphilitischen Kindes sich selbst wirksam syphilitisch inficirt hat.

Nach den bisherigen Erfahrungen kommen für die Entstehung einer Impfsyphilis folgende Möglichkeiten in Betracht: 1. Anwendung von Lymphe, die von einem syphilitischen Kinde stammt. 2. Zweitens kann das Impfmesser als Träger des Giftes dienen, entweder dadurch, daß der Impfarzt eine mit syphilitischem Gifte verunreinigte Lanzette benutzt, oder dadurch, daß unter den geimpften Kindern ein syphilitisches ist, von dem aus die Syphilis durch das nicht gehörig desinficirte Instrument auf andere übertragen wird. 3. Eine dritte Möglichkeit der Uebertragung besteht nach Hausmann darin, daß durch das Ausblasen der zur Aufbewahrung der Lymphe dienenden Röhrchen die Lymphe von einem syphilitischen Individuum inficirt werden kann. 4. Endlich kann der Impfling syphilitisch inficirt werden bei der Gelegenheit der Impfung durch syphilitische Personen in seiner Umgebung oder durch zufällige, der Impfung ganz fremde schädliche Einflüsse. Solche Fälle sind amtlich festgestellt worden.

Die Art des Ausbruches einer Impfsyphilis gestaltet sich regelmäßig so, daß nach Ablauf von 3—5 Wochen nach der Impfung zunächst an den Impfstellen aus den noch vorhandenen Ueberresten der Vaccinen sich typische syphilitische Indurationen in Einzahl oder Mehrzahl erheben, denen später erst nach der üblichen Frist Secundärerscheinungen an anderen Körperstellen nachfolgen. Es ist also klar, daß in solchen Fällen die Stelle der Vaccination auch zugleich der Ort gewesen sein muß, an welchem das Syphilisgift in den Körper der Geimpften übertragen worden ist. Der indurative Character des entstehenden specifischen Geschwürs an der Impfstelle ist für die positive Diagnose der Impfsyphilis besonders wichtig zur Unterscheidung von Geschwüren, die als Symptom einer bis dahin latenten Syphilis unter Umständen gerade an den Impfstellen zu Tage treten können. Die Frage nach den besonderen Bedingungen einer Syphilisübertragung durch Impfstoff aus syphilitischer Quelle hat die medicinische Wissenschaft intensiv beschäftigt. Eine Einigung über diesen wichtigen Punkt ist noch nicht erreicht worden. Viennois vertritt die sogenannte „Bluttheorie“, nach welcher das der Lymphe eventuell beigemischte Blut als Träger der Infection dienen soll. Nach Köbner soll die Uebertragung durch das Secret einer an der Basis der Vaccinepustel sitzenden syphilitischen Localinfection zu Stande kommen.

Seit der obligatorischen Einführung der animalen Lymphe für die öffentlichen Impfungen ist die Gefahr einer Impfsyphilis durch den Lymphstoff selbst ausgeschlossen, da das Thier für Syphilis nicht empfänglich ist. Eine Uebertragung beim Setzen der Impfwunde würde somit zur Zeit lediglich einer nicht sachgemäßen Desinfection des Impfinstrumentes vor dem Impftermin oder zwischen den einzelnen Impfungen zugeschrieben werden müssen. Die Möglichkeit einer accidentellen Ansteckung des Impflings von der Impfwunde aus durch syphilitische Personen seiner Umgebung kommt naturgemäß auch in Betracht, doch können derartige Fälle nicht der Vaccination selbst zur Last gelegt werden.

Zur Verhütung einer Syphilisübertragung wie auch jeder anderen Infection bei der Impfung sind die bisherigen sanitätspolizeilichen Vorschriften

nach Ansicht des Verf. unzureichend, und es kämen zu deren Vervollständigung vor allem 2 Forderungen in Betracht:

1. Einführung einer einheitlichen Methode zur Desinfection des Impffeldes und der Impfinstrumente.

2. Obligatorische Anordnung eines handlichen Schutzverbandes, der gleich nach dem Impfakt angelegt wird und nach der Revision bis zur Abheilung der Pocken liegen bleiben kann. Lubowski.

Dr. Alfred Goldschmidt (Breslau): **Ueber die glatte Atrophie der Zungenbasis bei tertiärer Syphilis. Nebst Bemerkungen über Lueserscheinungen in den oberen Luftwegen.** (Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 43.)

Auf die bei tertiärer Lues vorkommende glatte Atrophie der Zungenwurzel ist zuerst von Virchow im Jahre 1863 hingewiesen worden. In neuerer Zeit nahmen Lewin und Heller diese Frage wieder auf. Auch Verf. beschäftigte sich mit dieser Frage. Seinen Untersuchungen liegen 200 Syphilisfälle zu Grunde. Ohne auf die pathologisch-anatomische Seite der Frage einzugehen, begnügte sich Verf. mit der Fragestellung: Wie stellt sich die pathologisch-anatomisch aufgestellte Lehre der glatten Atrophie des Zungengrundes klinisch? beziehungsweise: Ist dieselbe klinisch als pathognomonisches Zeichen für luetische Erkrankung verwertbar? Das Gesamtresultat seiner Untersuchungen faßt Verf. dahin zusammen, daß die glatte Atrophie der Zungenwurzel klinisch als pathognomonisches Zeichen für tertiäre Lues nicht zuzusprechen ist, daß die Flachheit der Drüsenregion an der Zungenwurzel mit einer schwächlichen Entwicklung der ganzen Zunge zusammenfallen kann, daß also die Zunge sich an der allgemeinen Degeneration des Organismus ebenso gut beteiligen kann wie irgend ein anderes Organ, und daß man auf der anderen Seite Fälle ohne tertiäre Lues findet, bei denen man bei sonst guter Entwicklung der übrigen Zunge klinisch von einer mehr oder minder vorhandenen Atrophie der Zungenbasis sprechen kann.

Bezüglich der Lueserscheinungen in den oberen Luftwegen machte Verf. an den 200 Syphilisfällen folgende Beobachtungen: 1. Roseola im Larynx: Von den unter dem gesamten Beobachtungsmaterial befindlichen 160 Fällen der Frühstadien wiesen 27 Hautsyphilide auf (maculös, papulomaculös, groß- und kleinpapulös, serpiginös, tubero-serpiginös), darunter 17 Roseolae. Es ließ sich aber nicht ein einziger sicherer Fall von Roseola im Larynx nachweisen. In zwei Fällen hätte man zweifelhaft sein können: in dem einen befanden sich auf dem linken Stimmbande einige Rötungen, die aber durch Catarrh bedingt sein konnten, im anderen verschwanden die schwachen Rötungen beim Intoniren wieder. Hierin liegt ja auch die Schwierigkeit der Prüfung auf Roseola im Larynx. 2. Plaques im Pharynx und Pharyngitis bei Lues: Es waren im Ganzen 16 Pharyngitiden zu verzeichnen. 13 fernere Fälle wiesen Plaques an verschiedenen Stellen des Pharynx auf. Bei einer Anzahl von Fällen fiel die Pharynxrötung als eine besonders helle und scharf begrenzte auf, heller wie man sie sonst bei

Pharyngitis zu sehen gewöhnt ist. Auf solcher Pharynxrötung beobachtete Verf. das Entstehen von Plaques, so daß die Erwägung Beachtung verdient, ob nicht dieser characterisirten Rötung Specificität zukommt: ob sie nur der Vorläufer von Plaques ist oder ob sie auch ohne nachfolgende Entstehung von solchen vorkommt. 3. Larynxerscheinungen bei Lues: Es wurden beobachtet: 15 Laryngitiden, 2 Infiltrationen im Larynx im Secundärstadium, 7 im Tertiärstadium. Neumann behauptet, daß in einzelnen Fällen die Rötung bei einem Stimmband im ganzen Umfange, bei dem anderen nur partiell sein kann, während der nichtspecifische Catarrh eine gleichmäßige Ausbreitung zeigt. Diese Beobachtung der Ungleichmäßigkeit im Ergriffensein beider Stimmbänder hat Verf. in zwei Fällen gleichfalls zu machen Gelegenheit gehabt. Mehrere Fälle zeichneten sich durch eine besonders lange Dauer aus. 4. Zum Schluß berichtet Verf. über drei Fälle von Pusteln im Kehlkopf, die sich in wochenlanger Dauer erhielten, teils mit, teils ohne Catarrh: in einem Falle eine Pustel, in zwei Fällen je zwei. In allen handelte es sich um eine Localisation in der Gegend der Aryknorpel. Die Pusteln waren etwas über stecknadelkopfgroß, von hellem Aussehen und saßen in dem einen Falle auf je einem Aryknorpel, so daß sie sich bei der Phonation fast bis zur Berührung näherten. Lubowski.

Gilbert: **De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications (orbite, crâne).** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 10. — Thèse de Paris, 23. November 1898.)

Tertiäre Syphilis der Nebenhöhlen ist fast immer eine Complication gummöser Lues der Nasenhöhle. Durch Uebergreifen des Processes oder durch Druck können alsdann auch Erscheinungen von Seiten des Auges und des Gehirns auftreten. Fehlen diese, so ist die Prognose gut, der Verlauf langsam und Heilung durch Sequesterausstoßung oder durch specifische Therapie das Ende. Zuweilen sehr lebhafte Kopfschmerzen, mit Schwindel oder Gesichtsneuralgien häufig verknüpft, eitriger, häufig mit Blut untermischter Nasenausfluß und namentlich Ozäna bilden das Symptomenbild. Eine directe Untersuchung stellt alsdann Schwellungen im Gesicht oder an der Stirn, Abplattung der Nase und rhinoskopisch Muschelnecrosen, Erweiterung des Orificium zum Sinus sphenoidalis und vermittelst Durchleuchtung Eiter in Stirn- und Kieferhöhlen fest.

Bei der orbito-cerebralen Form treten Phosphene, intra- und periorbitale Schmerzen, Ptosis, Orbitalphlegmone, Diplopie, Bewegungsstörungen des Auges und beim Ausgang des Processes von der Keilbeinhöhle Exophthalmus in Folge von Compression oder eitrigem Exsudat hinzu. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergiebt Opticusneuritis und zuweilen Thrombose der Vena ophthalmica. Die Störungen von Seiten des Gehirns pflegen sich auf Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen und niedergeschlagene Stimmung zu beschränken, doch kann eine tötliche Meningitis oder Encephalitis auftreten. Eine combinirte Behandlung muß möglichst früh einsetzen, die durch locale Douchen und event. chirurgisch unterstützt wird. Dreyer (Köln).

Prof. Bayet (Brüssel): **Ueber die Zulassung der Syphilitiker zur Lebensversicherung.** (Klin.-therap. Wochenschrift 1899, No. 43.)

Bekanntlich bietet die Syphilis mit ihrem außerordentlich proteusartigen Verlaufe, mit ihrer oft das ganze Leben betreffenden Dauer, resp. ihrer zuweilen oft außerordentlich kurzen Existenz, mit Bezug auf Leben und Gesundheit alle Nüancen der Prognose; zuweilen häufig sogar absolut unschädlich, verursacht sie in anderen Fällen direct tötliche Veränderungen. Daraus ergiebt sich, daß vorläufig eine definitive Erledigung der Frage der Versicherung von Syphilitikern nicht möglich ist. Verf. giebt daher dem Versicherungsarzte einige mehr oder weniger präcise Anhaltspunkte, die ihn bei der Untersuchung des Einzelfalles leiten können. Es giebt Fälle, wo das Verhalten des Arztes entweder für die Aufnahme und Ablehnung ein klares und unzweideutiges ist. Zwischen den Extremen liegt aber eine Reihe von zweifelhaften Fällen, bei welchen die Argumente für die Aufnahme, oder jene für die Ablehnung aufgehoben werden. Alle diese Fälle müssen in der Praxis individualisirt werden und lassen sich durch keine absoluten Regeln feststellen.

Abzuweisen sind: 1. Jene Fälle, welche Symptome von florider secundärer oder tertiärer Syphilis darbieten; 2. Fälle, deren Syphilis noch nicht seit 3 Jahren datirt, da die dreijährige Behandlung die beste Garantie gegen den Tertiarismus und die Parasyphilis bietet; 3. die Syphilitiker, die gleichzeitig Alkoholiker sind, zumal ja der Alkoholismus ein beträchtliches Risico bildet; 4. die Fälle von Syphilis, die gleichzeitig mit Malaria behaftet sind, aber nur unter bestimmten Bedingungen. Wenn die Malaria der Syphilis keine speciellen Veränderungen verliehen hat, was sehr häufig vorkommt, und andererseits der Kranke gut behandelt wurde und strenge hygienische Maßregeln beobachtet hat, so kann man von der Malaria als verschlimmernden Factor der Syphilis absehen; 5. die Fälle von Syphilis, welche in den ersten Stadien der Erkrankung Symptome seitens des Nervensystems aufgewiesen haben. (Transitorische Lähmung, Diplopie, apoplectiforme Taubheit.) Viele dieser Erscheinungen haben freilich nicht jene schwere Bedeutung, die man ihnen zugeschrieben hat und hängen vielfach von hysteriformen Zuständen ab, welche mit der specifischen Infection einhergehen. Nichtsdestoweniger ist zu bedenken, daß sie auf eine besondere Empfänglichkeit des Nervensystems für das Syphilisvirus hinweisen, weshalb jedenfalls Vorsicht geboten ist. In manchen Fällen, in welchen schon die Syphilis alt ist, und die Behandlung gut durchgeführt wurde, muß man von dieser Strenge absehen, insbesondere wenn außer diesen Garantien die Sicherheit vorliegt, daß die frühzeitigen nervösen Erscheinungen hysterischer Natur sind. Jedenfalls ist eine minutiöse Untersuchung des Nervensystems nötig.

Von den genannten Fällen abgesehen, sind nun jene Fälle zu betrachten, die in der Praxis weit häufiger sind, wo ein Individuum, welches vor mehr als 3 Jahren Syphilis gehabt hat und davon keine Spur mehr aufweist, in

die Lebensversicherung aufgenommen zu werden wünscht. Da die Zulässigkeit der Syphilitiker nach zwei Gesichtspunkten zu beurteilen ist: der Zeit, die seit der Infection verstrichen ist, und der Behandlung, so ergiebt sich, daß man alle jene Fälle zulassen wird, die eine mindestens dreijährige Behandlung durchgemacht und seit mindestens einem Jahre keinerlei Symptome dargeboten haben, also dieselben Bedingungen, die zum Eheconsens erforderlich sind. Schwieriger wird die Beurteilung jener Fälle, die eine ungenügende Cur durchgemacht haben. Hier wird man die Zeit in Betracht ziehen, die seit der Infection verstrichen ist. Die tertiären Erscheinungen treten mit Vorliebe zwischen dem 3. oder dem 4. Jahre nach der Infection auf und werden von da ab seltener. Dazu kommt, daß die fürchterlichsten Fälle von tertiärer Localisation jene im Gehirn und Rückenmark sind. Diese treten auch sehr frühzeitig auf. Wenn man nur die nervösen tertiären Erscheinungen in Betracht zu ziehen hätte, so wäre der Schluß der, daß wenn ein ungenügend behandelter Syphilitiker die kritische Periode überschritten hat, mit anderen Worten, wenn eine Syphilis seit sechs Jahren datirt, ohne daß sich Erscheinungen seitens des Nervensystems gezeigt hätten, und wenn andererseits seit einem Jahre keine anderen Symptome vorhanden waren, so hat der Pat. mehr Chancen, wenn auch nicht dem Tertiarismus, so doch den schweren Erscheinungen zu entgehen. Unter solchen Bedingungen ist ein Syphilitiker nicht abzuweisen. Allein es handelt sich nicht nur um die Gehirn- und Rückenmarksyphilis, sondern um die Tabes, die ja mit Vorliebe zwischen dem 6. und 12. Jahre nach der Infection auftritt. Beim Manne, der ja für die Versicherung häufiger in Betracht kommt, ist überdies die Tabes weit häufiger. So waren von 107 Fällen Fournier's 103 Männer und 4 Frauen. Ferner trat dieselbe in $^2/_3$ der Fälle zwischen dem 25. und 30. Lebensjahre auf. Endlich lehrt die Statistik von Fournier, daß unter 79 Fällen von Tabes in 73 die Behandlung weniger als ein Jahr gedauert hat. Wenn man alle diese Daten in Betracht zieht, so gelangt man zum Schlusse, daß man bei Frauen von der Möglichkeit der Tabes absehen kann, während Männer nur nach 10-jährigem Bestande der Lues zuzulassen sind, ein Termin, der bei genügend langer Behandlung eventuell etwas herabgesetzt werden kann.

Die Fälle, die keine Behandlung durchgemacht haben, mahnen zu ganz besonderer Vorsicht und sind nur dann zuzulassen, wenn die Zeit, die seit der Infection verstrichen ist, eine hinreichend lange ist. Solche Fälle sind demnach nicht vor dem 15. Jahre nach der Infection aufzunehmen und auch da nur dann, wenn der Kranke keinerlei Symptome seitens des Nervensystems gezeigt hat und seit längerer Zeit keinerlei Erscheinungen gehabt hat. Bei Frauen kann dieser Termin herabgesetzt werden. Lubowski.

Dr. A. Blaschko (Berlin): **Eine neue Methode zur Quecksilbertherapie.** (Berliner klin. Wochenschrift 1899, No. 46.)

Verf. hat mit der früheren Welander'schen Methode seit zwei Jahren in seiner Klinik und in der ambulanten Praxis Versuche gemacht, die zum Teil recht günstig ausgefallen sind. Aber es erschien ihm unzweckmäßig,

wie Welander es vorschrieb, alle 2—3 Tage auf dem noch reichliche Salbenmengen zeigenden Lappen neue Salbe aufzuschmieren und so unnütz große Mengen des Medicaments zu verschwenden. Denn es war klar, daß nur ein geringer Teil des aufgestrichenen Hg binnen so kurzer Zeit verdampft sein konnte. Verf. sann nun auf eine Methode, bei der es möglich wäre, einen Stoff anders als mittels der auch für den Patienten sehr schmutzigen grauen Salbe zu imprägniren und diesen Stoff so lange auf der Brust tragen zu lassen, als noch Hg auf demselben verdampfe. Der Firma P. Beiersdorf in Hamburg gelang es, einen zu therapeutischen Zwecken überaus leicht verwendbaren Stoff herzustellen, und zwar durch Imprägnirung eines gewöhnlichen Baumwollstoffes mit einer 90 pCt. Hg enthaltenden Salbe. Der Stoff, dem die Firma den Namen Mercolint beigelegt hat, ist vollkommen gleichmäßig imprägnirt. Aus diesem Stoff hat Verf. Schurze herstellen lassen, welche von den Patienten Tag und Nacht auf der Brust getragen werden. Der Schurz enthält 10 g Quecksilber und würde nach den angestellten Versuchen bei 35° C. täglich etwa 20 cmm Hg durch Verdunstung abgeben. In praxi ist die Abgabe noch etwas stärker, da schon nach etwa vier Wochen der Schurz sein Hg ganz oder zum größten Teil abgegeben hat. Von dem verdunstenden Quecksilber wird natürlich nur ein kleiner Bruchteil von dem Träger des Schurzes aufgenommen. Diese Aufnahme wird erwiesen einmal durch das Auftreten von Quecksilber im Urin, ferner durch das sehr häufige Auftreten von Stomatitis und Speichelfluß, schließlich durch die Einwirkung auf den Syphilisproceß. In der That hat es sich gezeigt, daß es auf diese einfache Weise gelingt, die verschiedensten syphilitischen Erscheinungen: Roseola, Papeln, Schleimhautplaques, syphilitischen Kopfschmerz, periostitische Auftreibungen u. s. w. zum Schwinden zu bringen. In hartnäckigeren Fällen steht die Wirksamkeit des Mercolintschurzes hinter der einer energischen Schmierkur zurück, noch mehr hinter der Wirkung der intensivsten aller Hg-Behandlungsmethoden, der Injection unlöslicher Hg-Präparate. Man kann den Schurz entweder am Tage oder in der Nacht appliciren; freilich muß der Schurz dann in der Zwischenzeit sorgfältig in Wachspapier aufbewahrt werden. Bei ständiger Bettruhe ist, wohl der gleichmäßigen Bettwärme wegen, die Wirkung des Mercolintschurzes eine bei weitem schnellere und stärkere; doch wird er voraussichtlich hauptsächlich bei ambulanten Patienten Aufnahme finden. Will man die Verdunstungsfläche vergrößern, so kann man gleichzeitig zwei Schurze, einen auf der Brust, einen auf dem Rücken tragen lassen. Sicher wird man auch mit stärker imprägnirten Schurzen eine stärkere Hg-Aufnahme erzielen können. Der jetzt vorliegende Schurz ermöglicht nur die Aufnahme mäßiger Hg-Mengen und ist nicht indicirt, wo man wegen ernster oder gar gefahrdrohender Symptome eine schnelle und energische Hg-Wirkung erzielen will. Das Wirkungsgebiet des Schurzes ist da, wo man einer milderen Hg-Wirkung bedarf, also bei allen leichteren Recidiven zur Unterstützung der localen Behandlung, als Nachkur nach anderen Methoden, zu intermediären Kuren bei der Fournier-Neisser'schen Methode, bei syphilitischer

Anämie, bei Graviden, bei Säuglingen, sowie bei allen schwächlichen und heruntergekommenen Kranken, überhaupt bei allen Patienten, die eine leichtere, weniger auffällige Kur durchmachen sollen. Auch scheint es möglich, daß man, nachdem einmal eine stärkere Kur gemacht ist, durch Monate lang fortgesetztes Tragen solcher Schurze das Auftreten weiterer Recidive verhüten und auf diese Weise eine periodisch wiederholte „Kur" ganz ersparen könnte. Lubowski.

Adrian: **Zur Kenntnis des venerischen Bubo und des Buboneneiters.** (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 49, Heft 1, 2, 3.)

Da die bisherigen Untersuchungen noch immer zu keinem abschließenden Urteil gelangt sind, so hat sich Verf. von Neuem der Aufgabe unterzogen und ist zu folgenden Resultaten gelangt:

1. Die im Gefolge von weichem Schanker auftretenden Vereiterungen der Inguinallymphdrüsen — gleichgiltig, ob sie inoculablen Eiter liefern und die Incisionswunde chancrös wird (virulente Bubonen) oder nicht überimpfbaren Eiter enthalten und die Incisionswunde reactionslos zuheilt (avirulente Bubonen) — kommen ausnahmslos zu Stande durch das Eindringen des Ducrey'schen Bacillus in die Lymphdrüsen.

2. Derselbe findet sich bei genauerem Suchen im Eiter des frisch punctirten oder incidirten, sich nachträglich als virulent oder avirulent herausstellenden Bubo fast ausnahmslos.

3. Im Eiter des virulenten sowohl wie des avirulenten Bubo, ferner in den Inoculationspusteln finden sich neben typischen Streptobacillen Formen von Bacterien, Kokken und Diplokokken von verschiedener Größe, zum Teil intracellulär, über deren Herkunft wir nichts Bestimmtes aussagen können, die unter Umständen auf den gewöhnlichen Nährböden cultivirbar sind.

4. Diese Bacterien scheinen nur die Rolle accidenteller secundärer Infection oder vielleicht einer Mischinfection zu spielen, wenigstens scheint ihre Anwesenheit auf das Auftreten und den weiteren Verlauf des Bubo ohne jeden Einfluß zu sein. Vielmehr trägt

5. jeder Bubo im Anschluß an Ulcus molle, schon durch das Eindringen des Streptobacillus in die Lymphgefäße und Lymphdrüsen allein, den Keim des Virulentwerdens in sich.

6. Die Schwankungen der Temperatur in der Bubohöhle selbst vor der Eröffnung derselben sind in erster Linie maßgebend für den späteren klinischen Verlauf des Bubo, mit anderen Worten für die spätere Virulenz oder Avirulenz desselben. Weder die Eigenart des Gewebes, noch die Intactheit der Hautdecke über dem Bubo erklären allein die Veränderungen der Virulenz.

7. Der virulente Buboeiter, subcutan injicirt, kann locale Entzündung und Eiterung hervorrufen, dabei aber seiner Virulenz, d. h. seiner Inoculationsfähigkeit verlustig gehen, ebenso wie die darin enthaltenen Streptobacillen ihre Tinctionsfähigkeit einbüßen können. Der Entzündungsherd selbst kann der Resorption anheimfallen. Das Letztere gilt auch für avirulenten Buboeiter.

8. Die Inoculationsfähigkeit des frisch entleerten Buboeiters ist in den später sich als virulent herausstellenden Fällen nicht constant. Auch diese Eigenschaft des Buboeiters ist abhängig von den Temperaturschwankungen, denen der Bubo bis dahin ausgesetzt war, und ist keineswegs durch die Stagnation, die Intactheit der Hautdecke etc. allein erklärt.

9. Die Verflüssigung erstarrten menschlichen oder tierischen Blutserums durch Buboeiter, gleichgiltig, ob virulent oder nicht virulent, ist nicht notwendiger Weise gebunden an das Vorhandensein lebender oder toter Bacillenleiber in dem Eiter, scheint vielmehr eine Eigentümlichkeit jeder Eitersorte, insbesondere auch des Eiters einer durch Terpentinöl herbeigeführten sog. aseptischen Eiterung zu sein.

10. Es gelingt unter keinen Umständen durch irgend welche Mittel (Kälte, Wärme, einfache Punction, mit oder ohne nachträgliche Einspritzung chemisch differenter oder indifferenter Substanzen) mit Sicherheit einen vereiterten oder nicht vereiterten, aber schmerzhaften Bubo künstlich avirulent zu machen.

Saint-Hilaire: **Fistules uréthro-péniennes consécutives au chancre simple et à la syphilis.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 10. — Thèse de Paris, 24. October 1899.)

Der weiche Schanker und die Syphilis können zu Urethralfisteln führen, die gemeinsam abgehandelt werden dürfen, da beide Formen Substanzverluste darstellen, die fast immer von außen nach innen gebildet sind und mit Difformitäten und Mutilationen des Penis sich häufig combiniren. Die Syphilis führt in ihren ersten Monaten zu diesen Fisteln. Man kann nach der Localisation Fisteln am Sulcus coronarius, an der Fossa navicularis, am Corpus penis und vollständige Hypospadien unterscheiden. Die starken Substanzverluste erschweren die Behandlung gegenüber den mit gleichen Symptomen verlaufenden Fisteln aus anderer Ursache. Vor jeder Operation soll eine genügende antisyphilitische Behandlung stattgefunden haben und dem Urin eine leichte und hinreichende Passage gebahnt sein. Durch chirurgischen Eingriff soll alsdann die Fistel geschlossen und, wenn möglich, die Penisdifformität beseitigt werden, wozu bei sehr kleinen Fisteln eine Cauterisation genügt, während für die größeren Fisteln die Urethrorraphie oder Urethroplastik ausgeführt werden müssen. Dreyer (Köln).

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Goldberg: **Ueber Carcinoma urethrae.** (Verhandlungen der Gynäkolog. Ges. zu Dresden. Centralbl. f. Gynäkol. 1899, No. 44.)

Die 39jährige Patientin hat die Operation 13 Monate recidivfrei überlebt und ist an aufsteigender Infection der Harnwege zu Grunde gegangen (beiderseitige Pyelonephritis). Die nach dem Princip der Witzel'schen

Schrägfistel extraperitoneal angelegte Harnröhre oberhalb der Symphyse hat acht Monate (drei mit, fünf ohne Katheter) mit befriedigender, durch ein Bruchband mit Glycerinpelotte vervollständigter Continenz functionirt. Dann trat plötzlich Verstopfung durch Sedimente und Gerinnselbildung ein. In Folge der hochgradigen Ueberfüllung und Spannung der Blase bildete sich eine kleine Oeffnung in der sehr dünnen Blasen-Scheidennarbe, aus welcher der Urin unter schmerzhaftem Pressen tropfenweise abfloß. Katheterisiren der künstlichen Harnröhre mißlang. Mit einer feinen Sonde wurde die Oeffnung in der Scheidennarbe etwas erweitert und von verstopfenden Gerinnseln befreit, so daß die Blase sich langsam entleerte. Jetzt konnte mühelos ein Nélaton durch die künstliche Harnröhre in die Blase geführt werden; dieselbe konnte also nur verstopft oder durch die übermäßige Spannung der Blase verlegt sein, war aber nicht obliterirt. Wegen jetzt schon bestehender beiderseitiger Pyelonephritis mußte von weiteren Operationen abgesehen werden. Sobald der Urin dauernd nach unten abfloß, obliterirte die künstliche Harnröhre binnen wenigen Tagen. Die Kranke erholte sich in der Klinik vorübergehend und befand sich mit Hilfe des Urinals leidlich. Bald trat wieder Verschlimmerung ein, und sie ging urämisch zu Grunde. Immerwahr (Berlin).

Bérillon: **Absence de pouvoir modérateur chez un individu incolpé d'outrage public à la pudeur.** (Soc. d'hypnologie et de psychologie, Juni 1899. — Arch. de neurol., Sept. 1899.)

Der Kranke hat eine Harnröhrenverengerung in der Pars pendula, eine weitere und Spasmus in der Pars membranacea penis. Diese pathologischen Veränderungen geben die Erklärung der reflectorischen Nervenstörungen, wegen deren Pat. angeklagt ist. Unter dem Einfluß der Harnröhrenreizung kommt er manchmal in einen solchen Zustand sexueller Erregung, daß er automatisch obscöne Acte ausübt. Das Rückenmark ist dann der psychomotorischen Hirnregion unterworfen, und die „Centres inférieurs" sind unabhängig und functioniren ohne möglichen Widerstand. Das Hemmungscentrum des Mannes ist überwunden, seine Selbstcontrolle ist fast vernichtet; deshalb kann man ihn kaum für reflectorische unwiderstehliche Triebe verantwortlich machen. Die Behandlung muß sich sowohl auf die Harnröhrenverengerungen und Reizungen als auch auf den geistigen Zustand erstrecken. Der Angeklagte ist verurteilt worden. Mankiewicz.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Scharff: **Die Behandlung der nichtchirurgischen Entzündungs- und Erschlaffungszustände der Vorsteherdrüse.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorgane 1899, No. 10.)

Aufgeführt werden in vorliegender Arbeit alle diejenigen Behandlungsmethoden, welche sich bei der chronischen Prostatitis als nützlich erwiesen

haben. Was die letztere anlangt, so werden nur zwei Formen derselben in Betracht gezogen, nämlich diejenige, welche im Verlauf einer Gonorrhoe zur Entwicklung gelangt, und die, welche die Folgeerscheinung sexuellen Mißbrauchs (Onanie, Coitus interruptus). Der palpatorische Befund der letzteren ergiebt eine meist gleichmäßige Vergrößerung des Organs und Vorwölbung der rectalen Fläche ohne Knotenbildung. Das exprimirte Secret, allein durch seine Menge imponirend, zeigt lediglich eine milchige, normale Fettaufschwemmung. Verf. hält diese Form für das Product einer hochgradigen Congestion, ähnlich der chronischen Prostatitis, welche sich im Verlauf einer chronischen Obstipation herausbildet und die lediglich durch Regelung der Stuhlverhältnisse zum Verschwinden gebracht werden kann. Als interne Mittel empfehlen sich hierfür Sulf. praecip. 0,1—1,0 : 100 Sacch. lact., 3mal täglich eine Messerspitze voll, oder Ichthyol mit Wasser āā 3mal täglich 10—15 Tropfen oder in Pillen resp. Kapselform und ferner Mikroclysmen von Glycerin mehrmals täglich.

Für die interne Behandlung der chronischen Prostatitis kommen drei Mittel in Betracht: das Jod, Ichthyol und Quecksilber, und werden entweder als Suppositorien oder in Salbenform oder als Clysmen, am besten Mikroclysmen in den Mastdarm applicirt. Oberländer empfiehlt außerdem für entzündliche Processe warm das Jodoform. Die gebräuchlichsten Formeln sind folgende:

Rp. Jodoformii 0,01
Ol. amygdal. dulc. q. s. u. f. solutio
Butyro q. s. Cacao
u. f. supposit. No. 4 (Oberländer).

Rp. Kal. jodat. 0,5
Jod. pur. 0,05
Extr. Bellad. 0,15
Ol. Cacao q. s.
u. f. supp. (Finger).

Rp. Butyr. Cacao 3,0
Ungt. cinerei 0,35
Extr. Bellad. 0,02
u. f. supp. (Guyon).

Rp. Ammonii Ichthyol. . 0,3—0,75
Ol. Cacao . . . . . 2,0—3,0
u. f. supp. (Freudenberg).

Verbilligen kann man die teure Form der Suppositorien, indem man die Cacaobutter durch Ol. Raparum ersetzt und mit einer stumpfen Tripperspritze in das Rectum spritzen läßt. Solche Formeln lauten:

Rp. Ichthyol. Ammon. . 5,0 —20,0
Extr. Bellad. . . . 0,25— 1,0
Ol. Rapar. ad . . 100,0
DS. 3mal täglich 5 g in den Mastdarm einzuspritzen.

Pharyngitis zu sehen gewöhnt ist. Auf solcher Pharynxrötung beobachtete Verf. das Entstehen von Plaques, so daß die Erwägung Beachtung verdient, ob nicht dieser characterisirten Rötung Specificität zukommt: ob sie nur der Vorläufer von Plaques ist oder ob sie auch ohne nachfolgende Entstehung von solchen vorkommt. 3. Larynxerscheinungen bei Lues: Es wurden beobachtet: 15 Laryngitiden, 2 Infiltrationen im Larynx im Secundärstadium, 7 im Tertiärstadium. Neumann behauptet, daß in einzelnen Fällen die Rötung bei einem Stimmband im ganzen Umfange, bei dem anderen nur partiell sein kann, während der nichtspecifische Catarrh eine gleichmäßige Ausbreitung zeigt. Diese Beobachtung der Ungleichmäßigkeit im Ergriffensein beider Stimmbänder hat Verf. in zwei Fällen gleichfalls zu machen Gelegenheit gehabt. Mehrere Fälle zeichneten sich durch eine besonders lange Dauer aus. 4. Zum Schluß berichtet Verf. über drei Fälle von Pusteln im Kehlkopf, die sich in wochenlanger Dauer erhielten, teils mit, teils ohne Catarrh: in einem Falle eine Pustel, in zwei Fällen je zwei. In allen handelte es sich um eine Localisation in der Gegend der Aryknorpel. Die Pusteln waren etwas über stecknadelkopfgroß, von hellem Aussehen und saßen in dem einen Falle auf je einem Aryknorpel, so daß sie sich bei der Phonation fast bis zur Berührung näherten. Lubowski.

Gilbert: **De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications (orbite, crâne).** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 10. — Thèse de Paris, 23. November 1898.)

Tertiäre Syphilis der Nebenhöhlen ist fast immer eine Complication gummöser Lues der Nasenhöhle. Durch Uebergreifen des Processes oder durch Druck können alsdann auch Erscheinungen von Seiten des Auges und des Gehirns auftreten. Fehlen diese, so ist die Prognose gut, der Verlauf langsam und Heilung durch Sequesterausstoßung oder durch specifische Therapie das Ende. Zuweilen sehr lebhafte Kopfschmerzen, mit Schwindel oder Gesichtsneuralgien häufig verknüpft, eitriger, häufig mit Blut untermischter Nasenausfluß und namentlich Ozäna bilden das Symptomenbild. Eine directe Untersuchung stellt alsdann Schwellungen im Gesicht oder an der Stirn, Abplattung der Nase und rhinoskopisch M[illegible]necrosen, Erweiterung des Orificium zum Sinus sphenoidalis und [illegible] Durchleuchtung Eiter in Stirn- und Kieferhöhlen fes[illegible]

Bei der orbito-cerebralen Forn[illegible] Phos[illegible] und periorbitale Schmerzen, Ptosis, Orbitalphlegm[illegible]opi[illegible]gsstörungen des Auges und beim Ausgang des Pr[illegible]der[illegible]e Exoph[illegible] in Folge von Compression oder [illegible]e Unter[illegible] des Augenhintergrundes ergieb[illegible]ilen T[illegible] der Vena ophthalmica. Die Stö[illegible]rns p[illegible] auf Kopfschmerzen, Schwindel, [illegible]agen[illegible] zu beschränken, doch kann ei[illegible]En[illegible] treten. Eine combinirte Behan[illegible] locale Douchen und event. chi[illegible]

Prof. Bayet (Brüssel): **Ueber die Zulassung der Syphilitiker zur Lebensversicherung.** (Klin.-therap. Wochenschrift 1899, No. 43.)

Bekanntlich bietet die Syphilis mit ihrem außerordentlich proteusartigen Verlaufe, mit ihrer oft das ganze Leben betreffenden Dauer, resp. ihrer zuweilen oft außerordentlich kurzen Existenz, mit Bezug auf Leben und Gesundheit alle Nüancen der Prognose; zuweilen häufig sogar absolut unschädlich, verursacht sie in anderen Fällen direct tötliche Veränderungen. Daraus ergiebt sich, daß vorläufig eine definitive Erledigung der Frage der Versicherung von Syphilitikern nicht möglich ist. Verf. giebt daher dem Versicherungsarzte einige mehr oder weniger präcise Anhaltspunkte, die ihn bei der Untersuchung des Einzelfalles leiten können. Es giebt Fälle, wo das Verhalten des Arztes entweder für die Aufnahme und Ablehnung ein klares und unzweideutiges ist. Zwischen den Extremen liegt aber eine Reihe von zweifelhaften Fällen, bei welchen die Argumente für die Aufnahme, oder jene für die Ablehnung aufgehoben werden. Alle diese Fälle müssen in der Praxis individualisirt werden und lassen sich durch keine absoluten Regeln feststellen.

Abzuweisen sind: 1. Jene Fälle, welche Symptome von florider secundärer oder tertiärer Syphilis darbieten; 2. Fälle, deren Syphilis noch nicht seit 3 Jahren datirt, da die dreijährige Behandlung die beste Garantie gegen den Tertiarismus und die Parasyphilis bietet; 3. die Syphilitiker, die gleichzeitig Alkoholiker sind, zumal ja der Alkoholismus ein beträchtliches Risico bildet; 4. die Fälle von Syphilis, die gleichzeitig mit Malaria behaftet sind, aber nur unter bestimmten Bedingungen. Wenn die Malaria der Syphilis keine speciellen Veränderungen verliehen hat, was sehr häufig vorkommt, und andererseits der Kranke gut behandelt wurde und strenge hygienische Maßregeln beobachtet hat, so kann man von der Malaria als verschlimmernden Factor der Syphilis absehen; 5. die Fälle von Syphilis, welche in den ersten Stadien der Erkrankung Symptome seitens des Nervensystems aufgewiesen haben. (Transitorische Lähmung, Diplopie, apoplectiforme Taubheit.) Viele dieser Erscheinungen haben freilich nicht jene schwere Bedeutung, die man ihnen zugeschrieben hat und hängen vielfach von hysteriformen Zuständen ab, welche mit der specifischen Infection einhergehen. Nichtsdestoweniger ist zu bedenken, daß sie auf eine besondere Empfänglichkeit des Nervensystems für das Syphilisvirus hinweisen, weshalb jedenfalls Vorsicht geboten ist. In manchen Fällen, in welchen schon die Syphilis alt ist, und die Behandlung gut durchgeführt wurde, muß man von dieser Strenge absehen, insbesondere wenn außer diesen Garantien die Sicherheit vorliegt, daß die frühzeitigen 'ervösen Erscheinungen hysterischer Natur sind. Jedenfalls ist eine minutiöse ntersuchung des Nervensystems nötig.

Von den genannten Fällen abgesehen, sind nun jene Fälle zu betrachten, in der Praxis weit häufiger sind, wo ein Individuum, welches vor mehr 3 Jahren Syphilis gehabt hat und davon keine Spur mehr aufweist, in



Oder Tinct. jodi . . . . 5.0—10,0
Ol. Rapar. ad . . 100
(Extr. Bellad. 0,5—1.0).

Die billigste und wirksamste Beeinflussung der entzündeten Prostata erreicht man jedoch mit wässerigen Lösungen:

Rp. Ichthyol. Amm. . . 5,0 —20,0
Extr. Opii . . . . 0.25— 0,75
Extr. Bellad. . . . 0,5 — 1,0
Aq. dest. ad . . 100,0

Rp. Ichthyol. Amm. . . 5
Aq. dest. ad . . 100,0

Rp. Tct. Bellad. 7,0
Tct. Opii 5,0
Kal. jodat. . . . . 5 —10,0
Jod. pur. . . . . . 0,1— 0,5
Aq. dest. ad . . 100,0

Von diesen Lösungen werden 3mal täglich $^1/_4$—$^1/_2$ Tripperspritze oder eine gläserne, 5 g haltende Oidtman'sche Spritze in den Mastdarm entleert.

Ist man gezwungen, die Narcotica zu vermeiden, so empfiehlt sich die Application der Medicamente in Form der Kühlsalben:

Rp. Kal. jodat. . . . 5,0 od. Ichthyol. Amm. 5,0—10,0
Jod. pur. 0,1
Adip. lan. neutr. . 10,0
Ol. lin. 20,0
Aq. dest. ad . . . 100,0

Bei Anwendung des Quecksilbers empfiehlt sich an Stelle der Suppositorien das 30proc. Ol. cinereum mit oder ohne Belladonna.

Energischer als alle Medicamente wirkt jedoch die physikalische Therapie und hier wieder in erster Reihe die hydriatische und hydriatisch-thermische. Hier kommt, abgesehen von den Priessnitz'schen Umschlägen und den Sitzbädern, besonders der Artzberger'sche Mastdarmapparat in Betracht. Derselbe ist vielfach modificirt worden. Verf. hat das Instrument (Medic. Warenhaus, Berlin) so umgearbeitet, daß durch dasselbe gleichzeitig bald heißes, bald kühles Wasser hindurchströmen kann. Der Zufluß wird geregelt durch den Schmidt'schen (Hamburg) Doppelhahn, welcher seinerseits wieder mit zwei Irrigatoren in Verbindung steht, von denen der eine warmes (30 bis 40° R.), der andere kühles (14—18° R.) Wasser enthält. Durch einfache Umdrehung des Hahnes ist man nunmehr im Stande, alle $^1/_4$—$^1/_2$ Minute bald heißes, bald kühles Wasser auf die Drüse einwirken zu lassen. Der Vorteil dieser Procedur leuchtet von vornherein ein. Zu den weiteren physikalischen Mitteln gehört die Massage, welche sowohl mittelst besonderer Instrumente (Feleki, Pezzoli, Scharff), als auch besonders mit dem Finger ausgeführt werden kann. Letzterer ist und bleibt das beste

Instrument. Mit der Massage kann gleichzeitig auch der faradische und galvanische Strom verbunden werden. Auch von der Urethra aus lassen sich die prostatischen Entzündungen durch den Winternitz'schen Psychrophor beeinflussen. Stockmann (Königsberg).

Dr. Georg Kapsammer: Ueber primäre Prostatatuberculose. (Wiener klin. Wochenschrift 1899, No. 42.)

An der Hand von drei an der ersten chirurgischen Universitätsklinik in Wien beobachteten Fällen erörtert Verf. die Frage der primären Prostatatuberculose, deren Auftreten durch die neueren Mitteilungen über allen Zweifel erhaben ist, wenn auch auf dem Secirtisch Fälle von isolirter Prostatatuberculose ganz besondere Raritäten sind. Der erste dieser drei Fälle betrifft ein 17jähriges Individuum, das den Coitus noch niemals ausgeübt hatte, jedoch der Onanie in hohem Maße ergeben war. Die Urogenitaltuberculose begann bei diesem Pat. mit vollkommen schmerzloser Vergrößerung des rechten Hodens und Harnbeschwerden, die sich in häufigem Uriniren, unter Brennen am Perineum, sowie Tenesmus äußerten, und somit unzweideutig auf eine Erkrankung der Prostata hinwiesen. Die Urogenitaltuberculose nahm einen fortschreitenden Verlauf an. Im Bereiche der Prostata bildete sich ein Absceß, der in das Rectum und wahrscheinlich ziemlich gleichzeitig in die Blase durchbrach. Sowohl an den Lungen wie auch an den Nieren war zu dieser Zeit bei sorgfältigster Untersuchung nichts Pathologisches nachzuweisen. Neun Monate nach Beginn der Krankheit trat ein trockener Husten auf und allmählich entwickelten sich Erscheinungen von Lungenphthise, die im Verein mit der fortschreitenden Urogenitaltuberculose den Exitus herbeiführte. — Es ist also zweifellos, daß die Urogenitaltuberculose in diesem Falle die primäre war, denn noch 10 Monate nach Beginn der Krankheit haben sich die Lungenspitzen bei sorgfältigster Untersuchung als vollkommen intact erwiesen. Nun nimmt Verf. auf Grund eines Vergleiches des klinischen mit dem pathologisch-anatomischen Befunde mit größtmöglicher Wahrscheinlichkeit an, daß die Prostata von dem ganzen Genitaltracte zuerst erkrankt war. Klinisch war der Absceß nur im Bereiche der Prostata zu diagnosticiren. Bei der Obduction wurde zwischen Blasengrund, oberem Urethraldrittel und vor der Rectumwand ein großes Zerfallscavum gefunden, das einerseits mit der Blase, andererseits mit der Pars posterior urethrae und mit dem Rectum communicirte, in dem die Prostata und die schon beim Eintritt des Pat. in die Klinik vergrößert fühlbaren Samenblasen vollkommen aufgegangen waren. Dieses Cavum läßt ebenfalls die Prostata als Ausgangspunkt der ganzen Erkrankung vermuten. Secundär hat sich in diesem Falle eine tuberculöse Erkrankung der Blase, der Harnröhre und auf aufsteigendem Wege eine gleiche Erkrankung der Nieren entwickelt. Daß sich die in dem Blute des hereditär belasteten Individuums kreisenden Tuberkelbacillen gerade in der Prostata angesiedelt haben, glaubt Verf. eventuell darauf zurückführen zu können, daß die Prostata durch die häufige Onanie zu Locus minoris resistentiae geworden ist.

In dem zweiten Falle, der einen 57jährigen, hereditär nicht belasteten Pat. betrifft, konnte überhaupt an den primären Ursprung der Urogenitaltuberculose nicht gezweifelt werden, da in diesem Falle nirgends eine tuberculöse Erkrankung nachgewiesen werden konnte; andererseits sprachen alle Umstände mit größter Wahrscheinlichkeit dafür, daß der primäre tuberculöse Herd sich in der Prostata gebildet hatte. Die Blase wurde nämlich erst später von der Erkrankung ergriffen, denn der Harn war zur Zeit des Auftretens des Abscesses noch vollkommen klar. Ferner bestand zwar am rechten Nebenhodenschweif eine Verhärtung, die eventuell eine tuberculöse Erkrankung derselben bedeuten könnte; jedoch würde eine derartige Vermutung der Umstand entkräften, daß diese Verhärtung nach Angabe des Pat. schon seit seiner Jugend in unveränderter Weise bestand. — An diesem Falle ist der Umstand besonders interessant, daß der Prostataabsceß keinerlei Störungen des Mictions-, Defäcations- und Ejaculationsactes bedingte. Auch in diesem Falle brach der Prostataabsceß in die Pars posterior urethrae und in das Rectum durch. Durch Guajacolinstillationen gelang es, den Zustand bedeutend zu bessern.

Der dritte Fall betrifft einen 22jährigen, hereditär gleichfalls nicht belasteten Pat., bei dem 14 Tage nach einem Coitus ein geringfügiger eiteriger Ausfluß aus der Harnröhre auftrat, welcher sich schon wegen des späten Entstehens als nicht gonorrhoischer Natur documentirte; 14 Tage später gingen ganze Stücke krümeligen Eiters auf einmal ab, die kaum als etwas anderes als der Durchbruch eines Prostataabscesses in die Urethra gedeutet werden konnten. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich eine Blasenentzündung. Ein Jahr später brach ein Prostataabsceß in das Rectum durch, wie die Symptome und die klinische Untersuchung bestätigten; die Sondenuntersuchung ergab auch pathologische Veränderungen in der Pars prostatica. In diesem Falle war es auch nicht gelungen, Tuberkelbacillen nachzuweisen; trotzdem zweifelt Verf. an dem tuberculosen Charakter der ganzen Erkrankung nicht. Da sich aber anfänglich weder an den Lungen noch an den Nieren und Hoden Zeichen einer Erkrankung finden ließen, so stellt Verf. per exclusionem die Diagnose auf primäre Prostatatuberculose. Besonders hebt Verf. noch den Umstand hervor, daß trotz Erectionen und entsprechender Wollustgefühle keine Ejaculationen mehr stattfanden, obwohl Hoden, Nebenhoden intact waren, und nur die linken Samenbläschen sich vergrößert und derb anfühlten. Auch bei diesem Kranken wurde der Zustand durch Guajacolinstillationen bedeutend gebessert. Hinsichtlich der Aetiologie glaubt Verf., daß es sich in diesem Falle nicht um eine tuberculöse Infection durch den Coitus handelt, weil es der prostatische Teil der Harnröhre war, welcher die ersten Zeichen der Erkrankung darbot. Es dürfte sich vielmehr nur um durch häufigen Coitus begünstigte Ansiedelung von Tuberkelbacillen handeln, die bereits früher im Organismus des Kranken vorhanden waren.

An der Hand dieser Fälle, sowie auch an der Hand der einschlägigen Litteratur sucht Verf. ein allgemeines, dem heutigen Stande unserer Kenntnisse entsprechendes Bild der Prostatatuberculose zu geben. Die relativ

geringe Zahl der bisher bekannten Fälle von primärer Prostatatuberculose würde vielleicht durch einen genauen anatomischen Befund noch eine wesentliche Einschränkung erfahren. Zu einer sicheren Diagnose der Priorität der Prostata bei der primären Genitaltuberculose müssen überhaupt die Kliniker und die Anatomen zusammenarbeiten. Denn da eine isolirte Prostatatuberculose äußerst selten zum Exitus führt, so kommt der Anatom meist nur in die Lage, nach der Ausdehnung und nach dem Grade der Zerstörungen die primäre Prostatatuberculose als wahrscheinlich anzunehmen; ebenso kann der Kliniker aus den Symptomen, mit denen das Krankheitsbild auftritt, auch wieder nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen.

Die klinischen Symptome sind sehr variable. Eine gewisse Schwere am Perineum, Behinderung des Mictions- und Defäcationsactes, schmerzhafte, auch blutig gefärbte Ejaculationen; dazu kommt der Nachweis von Tuberkelbacillen im Prostatasecret. Es kann auch Harnträufeln eintreten, als Zeichen der tuberculösen Infiltration des Sphincter internus, ohne daß deswegen schon Cystitis bestehen muß. Marwedel behauptet, daß über ein Drittel der Fälle ohne Symptome verlaufe. Decken sich die Diagnosen des Klinikers und des pathologischen Anatomen, so kann man wohl mit einiger Sicherheit eine primäre Prostatatuberculose feststellen.

Die Prostatatuberculose ist entweder primär oder secundär. In letzterem Falle besteht bereits eine Localtuberculose im Organismus. Hjalmar Heiberg ist der Ansicht, daß die secundäre Urogenitaltuberculose häufiger nach Knochentuberculose auftrete, als nach Lungentuberculose. Die Localtuberculose kann von entfernter gelegenen Stellen im Organismus auf dem Wege der Blutbahn in die Prostata verpflanzt werden, oder sie kann vom Urogenitaltracte aus per contiguitatem oder per continuitatem fortschreiten. Auf dem Wege des Plexus haemorrhoidalis und pudendo-vesicalis ist auch sehr leicht eine Uebertragung von Tuberkelbacillen auf die Prostata vom Rectum aus möglich. Es können so tuberculöse Darmgeschwüre secundär zu Prostatatuberculose führen. — Was nun das primäre Auftreten der Tuberculose in der Prostata betrifft, so können die Krankheitserreger entweder schon in das fötale Individuum gelangt sein, oder sie können Eingangspforten gefunden haben, die durch Mangel an localer Reaction der Beobachtung entgehen. So können Tuberkelbacillen durch die Lungen, ähnlich den Kohlenpartikelchen, in die Lymphdrüsen gelangen und von hier auf dem Wege der Blutbahn zu einer entfernten Localtuberculose führen. Bezüglich der namentlich von Marwedel ausgesprochenen Ansicht, daß auf dem Wege des Coitus eine tuberculöse Infection des männlichen Genitales stattfinden kann, ist es nach Ansicht des Verf.'s nur denkbar, daß die primäre Affection im Bereiche des Penis stattfindet, und daß die Prostata secundär erkrankt. Er glaubt also, eine primäre Prostatatuberculose durch eine directe Infection sei ausgeschlossen. Dagegen sei es wohl sehr leicht möglich, daß im Anschlusse an einen Coitus eine primäre Prostatatuberculose entsteht. Man hat hier zwischen Ursache und Veranlassung zu unterscheiden. Die Ursache einer solchen Prostatatuberculose sind die im Blute circulirenden

Tuberkelbacillen; die Veranlassung, daß diese sich zur Erregung eines specifischen Processes gerade in der Prostata zusammengefunden haben, mag der Coitus gewesen sein. Reizung durch die Cohabitation, eine eventuell in ihrem Gefolge auftretende Infection, schaffen einen Locus minoris resistentiae, der von den Tuberkelbacillen zur Ansiedelung ausgenützt wird. Den Streit, der daraus entspringt, daß der eine Kliniker die Prostata, der andere die Hoden oder Samenblasen als constanten Ausgangspunkt der Genitaltuberculose annimmt, hält Verf. für ebenso müßig, als den Streit über Ascendenz und Descendenz der Urogenitaltuberculose; es kommen sicher beide Verlaufstypen vor.

Die Tuberculose der Prostata kann vollkommen ausheilen, z. B. durch Verkalkung, ähnlich wie in der Lunge, der tuberculöse Absceß kann nach verschiedenen Richtungen durchbrechen oder auch zur Miliartuberculose führen. Der Durchbruch von Prostataabscessen kann stattfinden in die Blase, in die Urethra, in das Rectum und endlich auch am Perineum direct nach außen, dem Anscheine nach am häufigsten in das Rectum. Nachdem bei isolirter Prostatatuberculose die Potentia coeundi und auch die Potentia generandi in vielen Fällen erhalten bleibt, kommt es dann auf diesem Wege zu Pollutionen und Ejaculationen in das Rectum. Vice versa gehen dafür Flatus per urethram ab. Wie der zweite vom Verf. beobachtete Fall beweist, können tuberculöse Prostataabscesse zur Entwickelung gelangen und am Perineum durchbrechen, ohne irgend welche Functionsstörungen des Urogenital- oder Intestinaltractes zu bedingen.

Diesen Durchbruch in's Rectum hat die Therapie prophylactisch in erster Linie zu verhüten. Zu diesem Zwecke wird die Eröffnung des Abscesses vom Perineum am besten mittelst des Zuckerkandl'schen Pararectalschnittes gemacht.

Was sonst die Therapie der Prostatatuberculose betrifft, so verwirft Güyon vor allem die Milchdiät, von localen Mitteln warnt er vor dem Argentum nitricum und empfiehlt in erster Linie Sublimat und auch das von Colin vorgeschlagene Guajacol. Die Medicamente hat man in Form von Instillationen zunächst in die Pars posterior zu bringen; hat sich eine Absceßhöhle mit Fisteln etablirt, so wird es sich empfehlen, nach Curettage der Höhle vom Perineum aus diese mit den genannten Medicamenten zu tränken. In einem von Lancereaux mitgeteilten Falle traten bei Genitaltuberculose nach Injectionen von Koch'schem Tuberculin die vorher nur spärlichen Tuberkelbacillen im Harn massenhaft auf, während sich der Allgemeinzustand bedeutend verschlimmerte. Lubowski.

Adenot: **Myome de la prostate; prostatectomie.** (Soc. des sciences méd. de Lyon, Juni 1899. — Lyon médical 1899, No. 34.)

A. stellt einen 62jährigen Patienten vor, welchem er vor acht Monaten ein Myom des mittleren Prostatalappens entfernt hat. Seit einem Jahre litt der Kranke an Hämaturien, welche in der letzten Zeit bei der vorhandenen Incontinenz zu einem dauernden Blutausfluß aus der Harnröhre führten.

Die Prostata erschien vom Rectum aus nur wenig vergrößert. Auf dem Trigonum Lieutandii saß ein harter, rechtwinkeliger, fast handdicker und großer Tumor ohne eigentlichen Stiel. Bei der heftigen Blutung wurde er mit Chassaignac's Ecraseur rasch abgetragen. Die Blutung stand. Der Patient ist bis auf eine kleine Fistel geheilt und hat 15 kg zugenommen. Der Tumor wog 25 g und ist ein Myom mit glatten Muskelfasern; einige Rundzellen um die Gefäße kann man erkennen. Die großen Gefäße an seiner Oberfläche erklären die heftigen Blutungen. Mankiewicz.

Berger: **Traitement de la tuberculose testiculaire.** (Soc. de chir. à Paris, 29. März, 19. und 26. April 1899. Revue de chir., Mai 1899.)

Die Castration bei der tuberculösen Erkrankung des Hodens und Nebenhodens läßt sich unter zwei Gesichtspunkten betrachten. 1. Ist nur ein Hode erkrankt, so ist sie eine radicale Maßnahme und beseitigt einen isolirten Tuberculosenherd. 2. Es handelt sich um Tuberculose mit schwerer, erschöpfender Eiterung oder um große tuberculöse Herde; meist sind dann Samenblase und Prostata miterkrankt; oft ist auch der andere Hode krank, und an anderen Punkten des Körpers findet man Localisationen der Tuberculose. Hier soll die Castration ein schädliches, störendes, für die Function verlorenes Organ beseitigen, sie soll palliativ wirken. In diesem zweiten Fall erreicht die Castration das erstrebte Ziel besser, als die Auskratzung oder Ausbrennung, welche oft nur zeitweilig bessern. In Fällen ersterer Art ist die Indication der Castration unsicherer, denn zweifellos können solche Herde stationär bleiben oder selbst ausheilen unter entsprechender Behandlung, während es in unglücklichen Fällen zur Generalisation und zum Exitus kommt. Sehr gegen den chirurgischen Eingriff spricht die Erfahrung, daß die Tuberculose oft zugleich oder nach einander beide Hoden befällt und daß Recidive in Form von Inguinalfisteln vorkommm. Beide Hoden zu entfernen, kann sich B. nur schwer entschließen, und auch Patienten, welche dem Verlust eines Organs zustimmten, erheben lebhaften Widerspruch, wenn die Entfernung auch des zweiten Hodens in Betracht kommt. Und mit Recht, denn die bekannte moralische Einwirkung der Castration ist nur bei Wegnahme beider Testikel beobachtet worden. Erkrankung des zweiten Hodens nach Entfernung des einen hat B. nicht beobachtet, dagegen häufig durch Tuberculose des Samenstranges verursachte Fisteln, doch hält er diese ebensowenig wie die Erkrankung der Prostata und Samenblase für eine strenge Contraindication der Castration. Er hat solche Erkrankungen nach der Entfernung des kranken Hodens zurückgehen sehen; auch kann man diesen Organen zu Leibe gehen und sowohl Vas deferens als Samenblase auf dem inguinalen Wege entfernen. Für die Samenblase empfiehlt sich allerdings mehr der perineale oder pararectale Weg. B. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Bei beginnender Tuberculose soll man castriren, wenn die Erkrankung fortschreitet, aber noch deutlich auf eine Seite des Genitalapparats beschränkt ist. 2. Erkrankungen des Vas deferens

und der Samenblase sind keine Contraindication der Operation. 3. Die Castration muß durch die totale Entfernung des Vas deferens vervollständigt werden, selbst wenn dieses Organ gesund erscheint. 4. Wenn die Samenblase miterkrankt ist, kann man sie von der Leiste oder vom Damm her entfernen. 5. In allen Fällen, wo der tuberculöse Hode eine der Hauptursachen der allgemeinen Gesundheitsstörung — selbst bei Tuberculose anderer Organe — ist, soll er entfernt werden, wenn nicht eine andere aus dem Allgemeinzustand des Kranken gezogene Indication dagegen spricht. 6. Die Castration wegen Tuberculose des Genitalapparats soll nie beiderseits vorgenommen werden.

Routier hat mehrfach gesehen, daß nach einseitiger Castration der andere Hode erkrankte; da er nicht beiderseits castriren will, beschränkt er sich auf conservative Operationen, und zwar: für Kranke mit Knoten in Samenstrang und Nebenhoden schreibt er nur allgemeine Behandlung vor; Abscesse öffnet er mit dem Thermocauter und reibt sie bis zur Heilung mit Chlorzink aus; ebenso verfährt er bei Fisteln. In den seltenen Fällen von Fungus zerstört er mit dem Paquelin den Fungus und brennt die Schnittfläche energisch aus.

Michaux hat zwei Mal Generalisation der Tuberculose in Folge der Castration beobachtet und begnügt sich deshalb mit conservativen Methoden, von denen er neben der allgemein stärkenden Therapie interstitielle Chlorzink- und Campher-Naphthol-Injectionen empfiehlt.

Bazy tritt ebenfalls für die conservativen Methoden ein, weil die Castration die Erkrankung der anderen Seite nicht verhindert und weil man die Hoden als Organe, „deren innere Secretion (??) dem organischen und moralischen Gleichgewicht des Individuums nützlich ist“, nicht opfern darf. Bei acuten Processen zerstört er mit dem Glüheisen den ganzen Nebenhoden, bei torpidem Verlauf rührt er nicht daran.

Félizet bespricht die Hodentuberculose der Kinder. In den ersten Lebensjahren ist die Structur der zelligen Elemente, die fast noch embryonale Bildung der Samencanälchen, des Corpus Highmori und der Albuginea der Entwicklung und Ausbreitung der Tuberculose sehr günstig. Die Erkrankung ist nicht so begrenzt wie im späteren Alter. In manchen Fällen ergreift sie nur die Epididymis und wird chronisch, ohne Verwachsung mit dem Scrotum hervorzurufen; hier genügt Allgemeinbehandlung. Bei gleichzeitiger Hydrocele ist die Punction und Jodtincturinjection von Nutzen. Bei Fällen der Erkrankung des ganzen Nebenhodens mit Fortpflanzung auf das Scrotum darf man nicht schonen, hier ist die Castration erforderlich.

Tuffier unterscheidet zwischen Tuberculosis hypertrophica und Tuberculosis atrophica sive degenerativa caseosa. Bei der ersteren Form kann das Organ drei Mal so groß als normal werden, imponirt als Tumor und berechtigt zur Castration; Hoden und Nebenhoden sind mit großen gelben Käseherden durchsetzt. Einfache, nicht abscedirte Epididymitis tuberculosa ist der teilweisen Abtragung zugänglich. Abscesse öffnet T., kratzt sie mit der Curette aus oder behandelt sie mit dem Glüheisen oder Chlorzink; Fisteln

werden ebenso behandelt. Die conservativen Methoden empfiehlt T., weil diese Processe Neigung haben, Bindegewebe zu bilden und relativ gutartig sind, und weil man den Hoden schont, der zwar zur Spermatogenese untauglich ist, doch eine innere Secretion (??) entfaltet. Bei sehr schlimmen Fällen castrirt Tuffier.

Quénu richtet seine Therapie nach der Art der Erkrankung. Bei „kalter“ chronischer Form mit einzelnen Knoten an Epididymis und Samenleiter öffnet er den Herd, kratzt aus, touchirt mit Chlorzink und schließt mit einer tiefen Naht. Ist Samencanal und Nebenhoden stark infiltrirt, so entfernt er bei nur geringer Eiterung beide Organe; bei großen Nebenhoden mit Abscessen mit käsigem Eiter curettirt er energisch und mit großer Sorgfalt, um keinen Herd zu vergessen Bei subacuten Tuberculosen eröffnet er nur die Abscesse und reizt höchstens die Herde mit Glüheisen oder kochendem Wasser. Castration übt er nur, wenn der Hode selbst ganz erkrankt ist.

Lucas Championnière variirt die Behandlung nach der socialen Lage der Kranken; Leute, welche sich nicht ordentlich versorgen können, fahren besser, wenn das kranke Organ entfernt wird. Partielle Operationen hält er für überflüssig. Die Hodentuberculose heilt besser aus, als man glaubt.

Reclus operirt nur bei Eiterung und dann möglichst conservativ. Wenn die Eiterung am Nebenhoden nicht aufhört oder neue Abscesse kommen, macht er die Epididymectomie unter Localanästhesie. Bei Eiterung im Hoden entfernt er das Organ, denn nichts heilt schwerer als Hodentuberculose. Prostata und Samenblasenerkrankungen hat er oft nach Entfernung des Krankheitsherdes ausheilen sehen.

Guérin mißtraut den fibrösen Knoten, welche man als „Heilung“ ansieht; dieselben haben im Inneren oft Käseherde, deshalb entfernt er sie lieber.

Potherat castrirt nur bei der hypertrophischen Form, wenn die Drüse zum Tumor geworden ist und bei Eiterungen, welche den Kranken erschöpfen. Er castrirt nie doppelseitig. Sonst sucht er mit partiellen Operationen auszukommen. Mankiewicz.

VII. Blase.

Noguès: **Troubles des urines dus à la présence exclusive des cellules épithéliales.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 6.)

Im Anschluß an zwei Beobachtungsfälle bespricht N. die verschiedenen Trübungen des Urins. Dieselben werden entweder durch Salze und Urate oder durch Eiterkörperchen und Samen bedingt. Letzteres wird namentlich bei Harnröhrenstricturen beobachtet. Es giebt jedoch auch Trübungen, die

lediglich durch Blasenepithelien bedingt werden. Vor Irrtümern kann nur die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung schützen. Als Demonstration werden zwei Fälle der letzteren Categorie besprochen.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Duchastelet: **Du cathéterisme à la suite pour l'introduction des instruments de la lithotritie.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 7.)

Die Einführung der Steinzertrümmerer macht oft erhebliche Schwierigkeiten. Um diese zu umgehen, werden in der Mitte einer etwa doppelt so langen Leitbougie zwei Fäden befestigt, die ihrerseits wieder zwischen den Zähnen des Lithotriptors festgeklemmt werden. Sobald das Instrument in die Blase gelangt ist, werden die Branchen geöffnet, die Fäden werden somit frei und die Sonde kann entfernt werden. — In ähnlicher Weise verfährt man mit dem Spülkatheter. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Duchastelet: **Un cas de lithotritie pratiqué sans éveiller la sensibilité vésicale sous la seule action d'un lavement d'antipyrine.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 7 u. 8.)

Bauzet: **Notes sur un cas de lithotritie chez un vieillard de 82 ans.** (Ibidem.)

Beide Fälle sind dadurch interessant, daß zur Anästhesirung das Antipyrin verwandt wurde und zwar als rectales Clysma $^{3}/_{4}$ Stunden vor der Operation. Die Lösung war folgende: Antipyrin 1,5, Laudanum Sydenham gtt. X, Aq. dest. 100. — Im ersten Falle war die Anästhesie eine vollständige. Im zweiten Falle wurden, weil krampfhafte Zusammenziehungen der Blase vorhanden waren, noch 5—6 g Chloroform verbraucht, jedoch so wenig, daß der Pat. nie bewußtlos wurde.

Auch zur Cystoskopie soll sich Guyon des Antipyrins bedienen.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Genouville: **Technique de la lithotritie.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 6 u. ff.)

In sehr genauer, lehrreicher Weise wird in der umfangreichen Arbeit die Lithotripsie, ihre Ausführung, Schwierigkeiten u. s. w. beschrieben. Die Arbeit ist eine zu umfangreiche, und die in derselben enthaltenen Einzelheiten und Winke so viele, als daß es möglich wäre, darüber ein kurzes, zusammenfassendes Referat wiederzugeben. Der Practiker wird gut thun, diese Arbeit auf's Genaueste selbst durchzustudiren.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Proust und Heresco: **Technique de la lithotritie.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 8.)

Diese Arbeit fällt gegen die vorige bedeutend ab. Verff. wünschen besonders die Aufmerksamkeit auf die Aspiration zu lenken, zu welcher sie

den von Duchatelet modificirten Collin'schen Evacuationskatheter benutzen. Derselbe soll ein Caliber von 25—26 Ch. haben und am Schnabel zwei gegenüberliegende große Augen besitzen. Nach den Borsäurespülungen folgen solche von Arg. nitr. 1 p. M., bis die Spülflüssigkeit klar abläuft. Unmittelbar nach jeder Lithotripsie empfiehlt sich Controle mittels Lithotriptor und Aspiration. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

François Hue (Rouen): **Deux cas de grossesses extrautérines ouvertes dans la vessie. Cystostomie sus-pubienne.** (Soc. de chir., Juni 1899. Revue de chir., August 1899.)

1. Eine 62jährige Frau leidet 1894 an Blasensteinen und verliert dauernd Urin durch die Scheide; sie zeigte eine Blasenscheidenfistel im vorderen Scheidengewölbe, etwas vor dem Ansatz der Vagina am Collum uteri. Da sich ein großer, per vias naturales nicht entfernbarer Stein in der Blase vorfindet, und da der Harn eitrig-ammoniakalisch ist, schreitet H. zur Sectio alta; im subperitonealen Gewebe findet sich viel fibröses Gewebe, anscheinend Narben; bei Beseitigung desselben reißt die Blase leicht ein und man kommt auf einen großen mürben Stein, der stückweise entfernt wird; auf der unteren Seite der Blase findet man noch harte unregelmäßige Steine augespießt, deren einer durch Durchbohrung der Blasenwand die Scheidenfistel verursacht hat; es waren dies Stücke der Kopfknochen eines Lithopädions. Die Kranke heilte bis auf eine kleine Vaginalfistel.

2. Eine 64jährige Patientin, welche nach mehreren Fausses couches im Alter von 38 Jahren peritonitische Symptome dargeboten hatte, litt mit 57 Jahren an lebhaften Schmerzen im Bauch unter gleichzeitiger Entleerung eitrigen stinkenden Harns. Sechs Monate darauf fand H. einen Blasenstein, welchen er nach Dilatation der Harnröhre in Narcose zu extrahiren versucht; er kommt mit dem Zeigefinger auf einen großen brüchigen Stein und kann einen Fremdkörper im Centrum desselben feststellen. Nach Zerbrechen des Steines fördert er mit einer Kornzange die Knochen des Armes eines ca. 5monatlichen Fötus zu Tage. Der Zeigefinger fühlt an der Blasenspitze eine Oeffnung und durch dieselbe wieder Knochen. Nach 3 Wochen findet H. bei der Sectio alta über der Blase eine Geschwulst, welche den fötalen Sack vorstellt. Dieselbe wird von allen fötalen Elementen gesäubert. Der Inhalt des Sackes war so stinkend, daß H. die Blase nicht schließt, sondern drainirt. Nach 20 Tagen heilte die Kranke, doch leidet sie heute noch an einer durch die Erweiterung der Harnröhre veranlaßten Incontinentia urinae. Mankiewicz.

Dr. Stapler: **Neue Nahtmethoden mit ausziehbaren Fäden.** (Centralbl. f. Chirurgie 1899, 41.)

Die so häufig mißlingende Blasennaht veranlaßte den Verf., nach besseren Nahtmethoden zu suchen. Er fand eine solche in einer Naht, bei der gleichzeitig ein Auswandern der einzelnen Nähte nach der Blase, wie es bei der Knopfnaht bisweilen vorkommt, verhindert und die Blase in der Wunde

nach dem Vorschlage Rasumowsky's fixirt wird. Die Naht ist folgende: Man sticht eine mit Seidenfaden armirte Nadel zuerst links etwas oberhalb des oberen Winkels der Hautwunde durch die Haut ein und unterhalb des Fettgewebes aus; dann wird mit derselben eine Steppnaht so ausgeführt, daß die Muscularis, aber nicht die Mucosa durchstochen wird; bei Bauchschnittwunden wird diese Naht durch die Musculatur und das Peritoneum, $^1/_2$ cm vom Schnittrande entfernt, geführt; dabei müssen die auf der Musculatur liegenden Oesen, die der Faden bildet, klein, die unter dem Peritoneum liegenden aber groß sein, was man dadurch erreicht, daß oberhalb stets knapp, unterhalb aber in einer Distanz von $1 - 1^1/_2$ cm eingestochen wird. Schließlich wird an derselben Seite etwas unterhalb des unteren Wundwinkels ausgestochen. Genau in derselben Weise verfährt man dann rechts. Nun werden die beiden oberen Fadenenden über ein Bäuschchen geknüpft, während die unteren Fadenenden noch offen bleiben. Jetzt wird wiederum links etwas unterhalb der ersten Einstichsöffnung eine mit Doppelfaden armirte Nadel ein und unter dem Fettgewebe ausgestochen, worauf die Nadel durch die Fadenösen rechts und links im Zickzack durchgeführt wird, bis man unten rechts wieder unter der Haut ausstechen kann. Jetzt knüpft man die oberen Enden des Doppelfadens über ein Bäuschchen, zieht die früher offen gebliebenen unteren Fadenenden fest an und knüpft sie ebenfalls über Bäuschchen. Es genügt dann, die unteren Enden des im Zickzack durch die Oesen durchgeführten Doppelfadens anzuziehen, um die Wundränder zum Verschluß und ziemlich breiten Aneinanderliegen zu zwingen. Schließlich werden auch die beiden unteren Enden des Doppelfadens geknüpft. Ist die Schnittwunde sehr lang, so genügt das Anziehen der Fadenenden nicht; es müssen vielmehr die Oesen und Zickzackschlingen in kürzeren Abständen mit der Pincette angezogen werden. Trotzdem ist das Entfernen der Nähte nicht schwierig, weil sich nach 8 Tagen um die Fäden Canäle gebildet haben, die das leichte Herausziehen garantiren. Das Entfernen ist einfach. Die am oberen Wundrande um die Bäuschchen gebildeten Knoten werden vorgezogen und die Fäden unterhalb der Bäuschchen durchschnitten. Zieht man nun die unteren Knoten gleichzeitig oder hintereinander an, so lassen sich die Fäden entfernen; denn in dem Moment, wo die beiden Oesenfäden ausschlüpfen, verliert auch der Zickzackdoppelfaden seinen Halt und läßt sich ausziehen.

Mit dieser Naht hat Verf. in einem Falle von Sectio alta bei einem 12jährigen Knaben zwar ein ganz befriedigendes Resultat erzielt, dabei jedoch die Wahrnehmung gemacht, daß sie von den den anderen Nahtmethoden anhaftenden Nachteilen gleichfalls nicht ganz frei sei. Deshalb suchte er weiter und empfiehlt jetzt, die Naht in folgender Weise auszuführen: Man sticht die Nadel ca. $1^1/_2$ cm vom Schnittrand von der Haut aus durch das Fett, faßt Muskel, Fascie und Peritoneum der einen Seite, Peritoneum, Fascie und Musculatur der anderen Seite; aber statt nun durch die Haut dieser Seite auszustechen, wird die Nadel zurückgeführt und unter dem Fettgewebe durch die Haut jener Seite geführt, wo auch eingestochen

wurde. Um die Spannung der Fäden gleichmäßiger zu verteilen, wird ein Mal rechts, das andere Mal links eingestochen Es ist nicht nötig, diese Nähte dicht anzulegen; ein Zwischenraum von ca. 2 cm ist gerade recht. Nun werden die Fadenenden über einem Gazestreifen geknüpft; durchschneidet man diesen Gazestreifen zuletzt und kürzt die Enden, so hat man kleine Bäuschchen. Oberflächliche, bald tiefer, bald seichter verlaufende Knopfnähte vollenden die Naht. Das Entfernen ist außerordentlich leicht. Man zieht ein Bäuschchen vor, durchschneidet einen Faden knapp über der Haut und man wird staunen, wie leicht er hinausschlüpft. Verf. näht nunmehr nur auf diese Weise. Um eine Inficirung der Fäden beim Durchtreten durch die Haut zu vermeiden, kann man diese Naht mit doppelt armirten Fäden ausführen, oder man macht gewöhnliche Knopfnähte durch Muskel, Fascie, Peritoneum und fädelt dann die beiden Fadenenden in eine grade Nadel ein, die sie vom Fettgewebe aus durch die Haut stoßen; die Enden werden dann, wie oben beschrieben, über Bäuschchen geknüpft. Je fetter die Operirten sind, desto schräger müssen die Nähte durch das Fettgewebe geführt werden, d. h. also, desto weiter weg vom Schnittrande muß in der Haut ein- und ausgestochen werden. Auf diese Weise vermeidet man am besten zu große Spannung. Von großer Wichtigkeit ist es, die Fäden nicht zu dicht anzuziehen. Lubowski.

Preindlsberger: **Ein bosnischer Steinschneider.** (Verhandlungen der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Wiener medic. Blätter 1899, No. 44.)

Schon sein Großvater und sein Vater haben Kurpfuscherei getrieben. Ersterer erlernte die Steinoperation von einem Zigeuner. Das Instrumentarium besteht aus einem geraden und einem gebogenen Messer, einem hakenförmigen Instrumente und zwei Zangen. Der 68jährige Steinschneider kennt die Hauptformen der Harnsteine und die Beschwerden, welche sie hervorrufen und unternimmt nie eine Operation, ohne den Stein bimanuell getastet zu haben. Bei derselben wird der Stein durch zwei in's Rectum eingeführte Finger an das Perineum angedrückt, und dann schneidet der Operateur neben der Mittellinie auf denselben ein; der Stein wird dann entweder mit dem Finger oder mit dem hakenförmigen Instrument aus der Blase durch die Wunde herausgeschafft, wobei manchmal auch eine Zertrümmerung notwendig wird. Die Blutung wird meist durch heißes Oel gestillt. Die Resultate sind natürlich nicht besonders gute; der Kurpfuscher selbst giebt 20 pCt. Mortalität zu; außerdem resultiren oft aus der Operation Urethralfisteln, Stricturen und Blasenfisteln. Immerwahr (Berlin).

Kosminski: **Blasen-Harnröhren-Scheidenfistel.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 26.)

K. stellte in der gynäkologischen Gesellschaft zu Lemberg eine Kranke mit Blasen-Harnröhren-Scheidenfistel vor. Die Patientin hatte die Fistel während ihrer zweiten Entbindung acquirirt und war seitdem schon dreimal

wieder schwanger geworden. Dieser Fall beweist, daß die Blasen-Scheidenfisteln das geschlechtliche Leben direct nicht beeinflussen, wenn die Gebärmutter und die Adnexe normal geblieben sind. Immerwahr (Berlin).

Braquehaye: **Traitement d'une fistule vésico-vaginale.** (Association française de chirurgie. Le progrès médical 1899, No. 43.)

B. hat eine Vesico-Vaginalfistel folgendermaßen behandelt: 1. circuläre Umschneidung der Fistel; 2. Ablösung der Vaginalschleimhaut bis 2 mm vom Rande der Fistel; 3. Catgutnaht der Ränder der abgelösten Vaginalschleimhaut, derart, daß die vaginale Seite gegen das Blaseninnere gedreht wird; 4. Naht der angefrischten Fläche. B. hat diese Methode in zwei Fällen mit Erfolg versucht. Im ersten Falle handelte es sich um eine Fistel, welche im Anschlusse an eine Hysterectomie entstanden war und circa daumendick groß war. Die zweite Kranke war eine Araberin, welche acht Tage lang in Geburtswehen lag, obgleich ihr Gatte nach arabischer Sitte ihr auf dem Bauche gekniet und sie von einem Kameele heruntergeworfen hatte. Die Unglückliche verstauchte sich dabei nur die Hüfte, das Kind wurde aber nicht geboren. Eine eingeborene Hebamme legte dann endlich die Zange an und riß dabei den Uterus mit den Adnexen heraus und zerriß die Vesico-Vaginalwand. Auch in diesem Falle hatte die oben beschriebene Methode vollen Erfolg. Dieselbe bietet folgende Vorteile: keinen Substanzverlust; doppelte Nahtreihe, welche einen doppelten Verschluß gewährt; leichte Vereinigung der Wundränder und wenig Blutverlust bei der Operation. Immerwahr (Berlin).

Dr. Herczel: **Operirte Fälle von Ectopia vesicae mit Exstirpation der Blase und Implantation der Ureteren in den Dickdarm.** (Pester med.-chir. Presse 1899, No. 43.)

Nach der letzten Statistik (bis Februar 1899) sind bisher nach der Maydl'schen Methode 20 Kranke operirt worden, darunter einer durch H. Seither hat H. noch zwei Fälle operirt, welche ebenfalls anstandslos heilten. Der gegenwärtigen Mitteilung liegt folgender Fall zu Grunde: Bei dem 11jährigen, sonst gesunden Knaben wölbt sich über der auf 8 cm klaffenden Symphyse die Blase in Form einer aus zahlreichen, erbsen- bis haselnußgroßen, lebhaft roten Hervorragungen bestehenden, kinderfaustgroßen Geschwulst hervor. Querdurchmesser des Tumors 4 cm, Höhe 3 cm, beim Husten wölbt sich derselbe stark hervor, erreicht Apfelgröße. An der Basis des Tumors sind 1 cm oberhalb der Peniswurzel auf zwei symmetrisch gelegenen Hervorragungen die Mündungen der Ureteren zu sehen, die in Zwischenräumen von 25—70 Secunden Harn entleeren. Penis 2 cm lang, vollständige Epispadiasis. Rechter Hode im Inguinalcanal. Im oberen Teil der ectopirten Blase ist die Haut in halbmondförmiger, 2 cm hoher Ausdehnung narbig verändert, verdünnt. Nabel fehlt. Harn pro die 1400 gr, specifisches Gewicht zwischen 1026 und 1032, Bestandteile normal. Operation in $2^1/_2$ stündiger Chloroformnarcose. Vor Allem wurden in die Ureteren zündhölzchendicke elastische

Urethralbougies eingeführt, um während des Herauspräparirens der Blase über den Verlauf der Ureteren immer orientirt zu sein und dieselben nicht zu verletzen. Die Blase wurde an der Grenze zwischen Haut und ectopirter Schleimhaut umschnitten, der Schnitt oben bis zur Eröffnung der Peritonealhöhle vertieft, die vordringenden Darmschlingen mittelst Gazetupfer zurückgehalten. Nun wurde der linke Zeigefinger in den Abdominalraum eingeführt, unter Controlle desselben der Schnitt um die Blase überall bis zur Eröffnung des Abdomens vertieft und die Blase vollständig entwickelt, ohne die Ureteren zu verletzen. Die profuse Blutung wurde mittelst Unterbindung und Umstechung, die parenchymatöse Blutung an der Peniswurzel mittelst Thermocauters gestillt. Nach stumpfer Abpräparirung der Ureteren in einer Länge von mehreren cm im subperitonealen Gewebe (sammt Gefäßen) wurde der größte Teil der Blase mit Schonung des Peritoneums mittelst Scheere abgeschnitten, bis auf ein $3^1/_2$ cm langes, $1^1/_2$ cm breites, die Ureterenmündungen einschließendes Stück. Hierauf wurde die sich in die Wunde vordrängende Flexura sigmoidea gegenüber der Anheftung des Mesenteriums in einer Länge von 4 cm eingeschnitten, ohne den Darm, wie dies Wölfler thut, doppelt abzubinden. Der Austritt vom Darminhalt wurde mittelst Digitalcompression verhindert. Hierauf wurde die Längswunde in querer Richtung auseinandergezogen, so daß der Längsschlitz ein transversaler wurde, an dessen unteren Rand der obere Rand des Blasenstumpfes und an dessen oberen Rand der untere Rand des Blasenstumpfes mittelst 20 einreihiger und 20 zweireihiger Seidennähte, letzere sammt dem peritonealen Lappen, angenäht wurden. Nach Versenkung des Dickdarms folgte Verschluß der Bauchwände mittelst Silkworm, was aber wegen des starken Klaffens der Symphyse und der Recti blos in den oberen zwei Dritteilen der Wunde möglich war. In den offengebliebenen unteren Wundwinkel wurde bis zur Implantationsstelle ein Jodoformstreifen eingeführt, welcher zum Verschluß der Bauchhöhle, andererseits dazu diente, im Falle eines eventuellen Harndurchbruches den Abfluß desselben zu sichern. In den Mastdarm wurde ein Bourdonnet eingeführt — Der postoperative Verlauf war verhältnismäßig glatt. Die Heilung, die ca 6 Wochen in Anspruch nahm, war eine vollständige. Bei der Entlassung war die Wunde verheilt, die Harnmenge betrug 1600 g, Albumen war nur in Spuren vorhanden, der Harn wurde tagsüber 5–6 Stunden lang angehalten, des Nachts verspürte Patient bei tiefem Schlaf den Reiz allerdings nicht immer und ließ den Harn manchmal unter sich. Koranyi untersuchte den Harn seit der Operation mehrere Male, wobei der Gefrierpunkt immer volle Functionsfähigkeit der Nieren annehmen ließ.

Lubowski.

Nové-Josseraud: **Exstrophie vésicale opérée d'après la méthode de Maydl.** (Soc. de chir. de Lyon, April 1899. Revue de chir., September 1899.)

Das $5^1/_2$jährige Kind mit völliger Blasenexstrophie wurde nach der Maydl-Tuffier'schen Methode derart operirt, daß man zuerst die Blase

subperitoneal lostrennte und excidirte, bis auf circa 4 cm um die Harnleiter; die Bauchhöhle wurde in der Mittellinie eröffnet und das aufgesuchte S romanum herausgezogen; dann wurde das erhaltene Blasen-Harnleiterstück in das S romanum derart eingefügt, daß dieser lang dauernde Teil der Operation außerhalb der Bauchhöhle vor sich ging. Die Bauchwandbrücke zwischen Ureteren und Laparotomiewunde wurde durchschnitten und die Harnleiter-Darmanastomose in das Abdomen reponirt: die Bauchwunde wurde mit drei Reihen Nähten geschlossen. Das Resultat war ein vollkommenes; nach vier Wochen entleerte der geheilte Patient den Darm sechs bis zehn Mal in 24 Stunden; die Nieren sind gesund. Nach dieser Methode Operirte (bisher 18 Fälle) sind continent und frei von jeder Belästigung durch einen Apparat. Mankiewicz.

VIII. Ureter, Niere etc.

Xavier Delore und A. Carrel: **Seltene Missbildung des rechten Orificium uretero-vesicale. Congenitale Hydronephrose.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorg. 1899, No. 9.)

Nach Anführung der bisher veröffentlichten Mitteilungen besprechen Verff. einen selbst beobachteten Fall aus der Poncet'schen Klinik in Lyon. Der 34jährige Patient klagte seit 48 Stunden über heftige Schmerzen in der rechten Lendengegend, blutigen und fötiden Urin. Da Collapserscheinungen eintraten, wurde zur Incision geschritten, wobei sich eine große Menge übelriechender, mit Gasen gemischter Flüssigkeit entleerte. Die Regio iliaca, lumbalis und die benachbarte Abdominalgegend waren der Sitz einer gangränösen Phlegmone. Im Niveau der vorderen Nierengrube geriet man in eine große, mit blutigem Eiter gefüllte Höhle. Tod nach 24 Stunden. Die Autopsie ergab: doppelseitige Hydronephrose; rechter Ureter ist von höckeriger Beschaffenheit, bis zum Volumen des Dickdarms erweitert. Nach Eröffnung findet sich in seinem Lumen, nahe der Blase, ein weicher, rundlicher, 6—7 cm langer Tumor, der täuschend einer Darmschlinge ähnlich sieht. In Wirklichkeit handelt es sich um eine Einstülpung der Blasenwand in den Ureter. Versucht man von der Blase aus in den Ureter einzudringen, so verfängt sich der Finger in dem intraureteralen Divertikel. Dieses letztere stellt eine wirkliche Hernie dar. Die Blase selbst befindet sich im Zustand einer chronischen Entzündung. Im Folgenden stellen sodann die Verff. ausführlich ihre Hypothesen über das Zustandekommen dieses Leidens auf. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Schmit: **Fall von geheilter Ureter-Vaginalfistel.** (Verhandl. der Geburtsh.-gynäkol. Ges. in Wien. Centralbl. f. Gyn. 1899, No. 42.)

Bei einer 48jährigen Patientin war am 12. December 1898 wegen Carcinoma portionis uteri die Totalexstirpation vorgenommen worden, wobei

das linke Parametrium, da das Neoplasma auf dasselbe bereits etwas übergegriffen hatte, weit außen abgebunden und durchtrennt wurde. 8 Tage post operationem ging Urin per vaginam ab, und die Untersuchung constatirte eine linksseitige Ureter-Vaginalfistel. Am 12. April 1899 wurde an der Patientin, die vollkommen recidivfrei war, der plastische Verschluß der Fistel auf vaginalem Wege nach der Methode Mackenrodt's vorgenommen, und erfolgte Heilung per primam intentionem. Die Patientin ist vollständig gesund. Vortr. erwähnt die Vorteile dieser Methode, die in geeigneten Fällen leicht ausführbar und stets ungefährlich sei und außerdem vor den peritonealen Operationen den Vorzug habe, daß die Patienten ein sehr kurzes Krankenlager durchmachen. Immerwahr (Berlin).

1. Prof. Martin (Greifswald): **Zur Ureterenchirurgie.**
2. Dr. Wertheim: **Demonstration zum Capitel: Ureterenchirurgie.** (Vorträge in der gemeinsamen Sitzung der Section für Geburtshilfe und Gynäkologie mit der Section für Chirurgie der 71. Naturforscher-Versammlung zu München. Nach dem Collectivbericht der Freien Vereinigung der deutschen medicin. Fachpresse.)

1. Man muss in operativer Hinsicht zwischen den frischen Fällen von Ureteren-Verletzungen und den Fisteln unterscheiden. Die Ureterenfisteln entstehen am häufigsten durch Verletzungen im Wochenbett, dann aber auch durch Myomoperation und zwar häufiger durch Unterbindung oder durch Abklemmung als durch direktes Durchschneiden. Wird die Ureterenverletzung bei vaginalen Operationen alsbald erkannt, so empfiehlt sich die Einnähung der Ureteren-Mündung in die Blase, bei abdominaler Operation kommt die Kelly'sche Operation (Invagination des oberen Endes in das untere) und besonders die Implantation des oberen, centralen Endes des verletzten Ureters in die Blase in Betracht. Der Vorschlag Mackenrodt's, die Operation der Ureterfisteln von der Scheide her durch vorhergehende Exstirpation des Uterus leichter zu gestalten, dürfte nur für Frauen in vorgerückterem Alter Geltung haben. Ausserordentliche Erfolge hat die Operation der Ureterfisteln von der eröffneten Bauchhöhle aus zu verzeichnen, auch ein rein extraperitoneales Verfahren kann bisweilen sehr gute Resultate geben, wenn der Ureter in Schwielen nicht zu sehr eingebettet ist. Bei nachweisbarer oder während der Operation festgestellter Entwicklung ausgedehnter Narben hingegen soll man zunächst intraperitoneal den Ureter auslösen, alsdann die Wunde im Peritoneum schliessen und den unter dem Peritoneum in den paravesicalen Raum hindurchgeführten Ureter in die Blase einnähen, indem man ihn ca. $1/2$ cm weit in die Blase mittelst des durch die Harnröhre herausgeführten Zügels hineinzieht und durch 2 Etagen von Catgutknopfnähten befestigt.

Diese intraperitoneale Ureterocystoanastomose erläutert M. durch die Mitteilung einer Krankengeschichte. Bei der betreffenden Patientin war bei einer abdominalen Radicaloperation eine Verletzung des linken Ureters, wahr-

scheinlich durch eine Ligatur, eingetreten. Im Verlauf der Reconvalescenz bildete sich eine Ureterenscheidenfistel. Vor der Operation, welche ½ Jahr später vorgenommen wurde, constatirte M. durch Sondirung und Cystoscopie, daß das untere Ende des Ureters verödet war, das obere Ende hingegen beweglich erschien. Er versuchte daher zunächst von der Scheide aus den Ureter in die Blase einzunähen; da jedoch wahrscheinlich ein Faden zu tief gelegt war, bildete sich eine neue Ureterenfistel, welche auch durch Ueberhäutung mit Scheidenschleimhaut nicht geschlossen werden konnte. Durch diese Operationen, in deren Folge es zu einer uraemischen Intoxication kam, waren durch die starke Narbenbildung die Aussichten für eine neue Operation wesentlich verschlechtert. Trotzdem gelang es durch eine intra-extraperitoneale Operation die Patientin zu heilen. Die Operation wurde so ausgeführt, daß zunächst intraperitoneal der Ureter aus den Verwachsungen gelöst, alsdann von dem Ende der Bauchincision aus das Peritoneum von der Blase abpräparirt wurde, und weiter wurde über die Fossa paravesicalis weg bis zur Kreuzung des Ureters mit der Art. iliaca subperitoneal vorgedrungen. Der Schlitz im Peritoneum wurde jetzt vernäht, die Bauchwunde provisorisch geschlossen, und so die Einnähung des Ureters in die Blase auf extraperitonealem Wege vollzogen. Zum Schluß wurde in den paravesicalen Raum ein Jodoformgazestreifen eingelegt.

2. W. demonstrirt die Präparate von 2 Fällen, in welchen die vesicale Einpflanzung des Ureters nach beabsichtigter Ureteren-Resection ausgeführt wurde. Der eine dieser Fälle betrifft eine ca. 64jährige Frau, bei welcher ein ca. hühnereigroßer Blasentumor vorhanden war, der sich in der Basis der Blase derart entwickelt hatte, daß der linke Ureter mitten in der Geschwulstmasse ausmündete. Da in Folge dessen die cystoscopische Ureterensondirung unmöglich war, eröffnete W. die Blase durch Sectio alta und nach Abkratzung der weichen Geschwulstmassen mit dem Löffel gelang es, einen Katheter einzuführen, der bis zum Ende der Operation liegen blieb. Durch einen Querschnitt, angesetzt am oberen Ende des Sectio-alta-Schnittes, drang er nun extravesical und extraperitoneal, also zwischen Blasenwand und Peritoneum in die Tiefe, wo der durch den Katheter kenntliche Ureter freipräparirt und etwas mobilisirt wurde. Hierauf Durchtrennung des Ureters ca. 2½ cm von der Einmündung in die Blase entfernt, Sicherung des centralen Ureterenendes durch einen provisorischen Seidenzügel und jetzt vom Sectio-alta-Schnitt aus Erfassen des Blasentumors mittelst Zange und Exstirpation desselben im Zusammanhange mit dem ausgelassenen Ureterenstücke. In den so resultirenden ca. doppelthalergroßen Defect der Blasenwand wurde nun das centrale Ende des Ureters hineingezogen und mittels einiger feiner Catgutnähte fixirt und im Uebrigen der Defect sorgfältig vereinigt. Da W. eine Sicherung für den Fall der Incontinenz der Einpflanzungsnaht für wünschenswert hielt, stieß er nach der Scheide hindurch und legte eine Jodoformgaze-Drainage an. Dann wurde die Bauchwunde völlig geschlossen, bis auf eine kleine Oeffnung, durch die ein Dittel'sches Knieheberohr in die Blase eingeführt wurde. Der Verlauf war günstig, die

Heilung ging anstandslos vor sich. Doch ging die durch Alter und die Krankheit geschwächte Patientin einige Monate nach der Operation an Herzschwäche und Marasmus zu Grunde. Der linke Ureter zeigte sich fast an normaler Stelle in die Blasenwand eingeheilt, ferner konnte man an dem bis nahe zur Niere aufgeschnittenen Ureter weder ein Zeichen einer Stenose, noch irgend welche Dilatation entdecken. Drittens ragte der Ureter mit einem 6—7 mm langen Stücke in das Blasenlumen vor, was dadurch bedingt war, daß der Ureter bei seiner Einpflanzung vorsichtshalber etwas stärker herabgezogen worden war.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 40 jährige Patientin mit einem mit im vierten Monate graviden Uterus innig verwachsenen linksseitigen Ovarialsarcom von $1^1/_2$ Faustgröße, welches derart auf das Colon descendens und den linken Ureter übergegriffen hatte, daß von ersterem ein ca. 10 cm langes Stück, von letzterem ein ca. 7 cm langes Stück resecirt werden mußte. Die Darmnaht hielt, die Uretereneinpflanzungsnaht versagte. Da wiederum nach der Scheide drainirt und die Peritonealhöhle sorgfältigst abgeschlossen war, resultirte eine Ureterenvaginalfistel, mit welcher Patientin entlassen wurde. Die Ursache für das Mißlingen der Einpflanzung ist offenbar in der bedeutenden Spannung zu suchen.

Im Anschluß an diese beiden Fälle von beabsichtigt durchgeführter Ureterenresection mit Implantation in die Blase, erwähnt W. noch eine vor wenigen Monaten erfolgreich durchgeführte vesicale Ureterenimplantation, die wegen versehentlicher Verletzung des Ureters nötig war. Es handelte sich um ein enorm großes intraligamentäres Myom. Den bei der Ausschälung verletzten Ureter pflanzte er ca. 7 cm und höher in die Blase ein. Wiederum Drainage nach der Vagina und sorgfältige Deckung des Ureters und der Blase mit Peritoneum, Heilung per primam. Interessant ist nun in diesem Falle die cystoscopische Beobachtung des implantirten Ureters. Wie im ersten Falle ragt derselbe stumpfartig in die Blase vor, und an diesem Stumpf kommt nun die peristaltische Contraction der Ureterenmusculatur in höchst auffälliger Weise zur Beobachtung: nachdem der Urinstrahl ausgepreßt ist, verschließt sich das Ostium und der Stumpf krümmt sich nun ganz zur Seite, sich innig an die Blasenwand anlegend. Auch scheint dabei trotz des Verlustes des Ureterensphincters ein sphincterartigen Schluß einzutreten, eine Beobachtung, die für die Möglichkeit einer aufsteigenden Infection nicht ohne Belang zu sein scheint. Lubowski.

Bazy: **Valeur pronostique du bleu de méthylène.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 6.)

Verf., welcher bereits im Jahre 1898 in den „Ann. de gyn. et de chir.“ eine Arbeit über den diagnostischen und prognostischen Wert der Methylenblau-Ausscheidung bei Krankheiten der Nieren veröffentlicht hat, hebt nunmehr an der Hand von zwei Fällen wiederum den Wert der Methylenprobe hervor. Bei dem einen Falle handelte es sich um eine linksseitige Pyonephrose. Nach Ablauf von $1^1/_2$ Stunden noch keine Blaufärbung. Nephro-

tomie und, da sich das Organ ganz verödet zeigt, sofortige Nephrectomie. Tod. Die rechte Niere war eine sog. „große weiße Niere“. Der andere Fall betraf einen 71 jährigen Mann mit Blasenstein, starken Beschwerden. Keine Grünfärbung des Urins, die Chromogenreaction wenig ausgeprägt. Sectio alta. Heilung. (Der Wert des Methylens dürfte aus diesen beiden Fällen wohl kaum ersichtlich sein. Ref.) Stockmann (Königsberg i. Pr.).

1. DDr. Offer und Rosenquist: **Ueber die Unterscheidung des weissen und dunklen Fleisches für die Krankenernährung.** (Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 43/44.)

2. Prof. Senator: **Dasselbe.** (Ibidem, No. 45.)

1. Vor einiger Zeit sprach sich Noorden (cf. diese Monatsberichte, Jahrg. 1899, H. 11, S. 686 u. ff.) gegen den Usus aus, den Kranken mit Schrumpfniere nur das weiße Fleisch von Fischen, Kälbern zu gestatten und das rote und braune Fleisch zu verbieten. Er betonte, daß diese Verordnung sich mehr in der Praxis als vielgeübter Brauch allmählich herausgebildet habe, als daß sie von hervorragenden Autoren empfohlen wäre, und daß vom wissenschaftlichen Standpunkt aus die Unterscheidung der beiden Fleischsorten für die Ernährung der Nierenkranken nicht weniger als exact begründet sei und zum mindesten weit übertrieben werde. Der wesentliche Unterschied zwischen weissem und braunem Fleisch beruhe auf dem Gehalt an Farbstoff, dessen chemische Constitution noch garnicht bekannt sei und den zu den schädlichen Stoffen zu rechnen, man a priori gar keinen Grund habe. — Den Verfassern (Offer und Rosenquist) ist nun von v. Noorden die Aufgabe zugewiesen worden, die chemische Basis der principiellen Unterscheidung zwischen weißem und braunem Fleisch genau zu untersuchen und die sehr lückenhaften Kenntnisse über den Extractiv-Stickstoffgehalt verschiedener Fleischsorten zu ergänzen. Die Verff. richteten bei ihren Untersuchungen ihr Hauptaugenmerk auf die natürlichen stickstoffhaltigen Extractivstoffe des Fleisches: Keratin, Xanthinbasen, Fleischsäure und dehnten ihre Untersuchungen auf die verschiedensten in Betracht kommenden Fleischsorten (im frischen, rohen Zustande) aus, indem sie die letzteren auf den Gesamtgehalt an Extractivstickstoff, sowie auf den Basenstickstoff untersuchten.

Die Zahlen für den Gesamt-Extractivstickstoff bewegen sich nun in einem bunten Durcheinander. Mehr als 0,5 pCt. EN fanden sich bei: Hecht, Zander, geschabtem Ochsenfleisch, rohem Schinken, gekochtem Schinken. Zwischen 0.4 und 0.5 pCt. EN fanden sich bei: Schellfisch, Zander, Roastbeef, Dörrfleisch, Suppenfleisch, Kalbfleisch, Hammel, Schweinefleisch, Reh, jungem und altem Huhn. Weniger als 0,4 pCt. EN fanden sich bei: Suppenfleisch (Ochs), Ochsenfilet, Schweinefleisch, altem Huhn. Weitaus die meisten Werte liegen innerhalb des engen Rahmens von 0,5—0,4 pCt. Die Unterschiede im EN-Gehalt sind bei den einzelnen Tierspecies nicht größer, eher geringer als bei den einzelnen Fleischproben ein und derselben Tierart.

Die Berechtigung, bestimmte Fleischarten als EN-reich anderen Fleischsorten als EN-arm gegenüberzustellen und von dieser Unterscheidung practischen Gebrauch zu machen, ergiebt sich also aus diesen Analysen nicht. Etwas mehr Ordnung ist in der Tabelle, welche den Basenstickstoff veranschaulicht. Werte über 0,05 pCt.: geschabtes Ochsenfleisch, Suppenfleisch (Ochs), roher Schinken. Werte zwischen 0,05 und 0,04 pCt.: Suppenfleisch (Ochs), roher Schinken. Werte zwischen 0,04 und 0,3 pCt.: Ochsenfleisch, Roastbeef, Ochsendörrfleisch, junges Huhn, altes Huhn, Kalbfleisch, Hammel, Schweinefleisch, gekochter Schinken. Werte zwischen 0,03 und 0,02 pCt.: altes Huhn, gekochter Schinken, junges Huhn, Schweinefleisch, Kalbfleisch, Suppenfleisch (Ochs), Hecht. Werte unter 0,02 pCt.: Schellfisch, Zander, Reh. Hier also in der That höhere Werte vornehmlich bei Ochsenfleisch, niedere Werte vornehmlich bei dem weißen Fleisch vom Kalb, Schwein und Fisch, dazwischen auch bei dem dunklen Fleisch des Rehes. Ueberlegt man, ob die analytisch ermittelten Unterschiede für die practische Diätetik von Bedeutung sind, so muß die Frage entschieden verneint werden. Denn auch hier zeigt sich, daß mit Ausnahme von Fisch und Reh — die bei Verarbeitung verschiedener Tierindividuen gleicher Species aufgefundenen Zahlen mindestens ebenso auseinander liegen, wie die auf verschiedene Tierarten bezüglichen Werte. Eine practisch verwertbare Regelmäßigkeit fehlt durchaus. Nur die Fische und Rehe stehen mit allen Analysen an der untersten Grenze. Wer die Fleischbasen (Alloxurkörper) so vollständig als möglich ausschalten will, müßte sich demnach an diese Fleischsorten halten, er dürfte aber nicht auf den gleichen Effect rechnen, wenn er daneben noch das weiße Fleisch von Kalb, Schwein und Huhn gestattet. Es ist aber sehr fraglich, ob den im Fleisch enthaltenen Basen überhaupt eine therapeutische Bedeutung, in positiver oder negativer Hinsicht, zukommt; noch fraglicher, ob die thatsächlich vorhandenen Differenzen groß genug sind, um eine principielle Unterscheidung der Fleischsorten in „erlaubte“ und „nicht erlaubte“ jemals zu rechtfertigen; denn die absolute Menge der mit der Fleischnahrung aufgenommenen präformirten Alloxurkörper ist äußerst gering. Die Verff. gelangen also zu dem Schlusse, daß die principielle Unterscheidung von hellem und dunklem Fleische in der Diätetik von Gicht- und Nierenkranken unbegründet sei. Es sei ein unbegründetes Vorurteil, wenn man diese Unterscheidung macht und den Patienten Einschränkungen auferlegt, die von den meisten als sehr lästig empfunden werden und häufig der rationellen Ernährung unnötige, sogar mächtige Schwierigkeiten machten.

2. Senator ist jedoch anderer Meinung und glaubt, durch folgende Ausführungen verhüten zu müssen, daß eine alte ärztliche Erfahrung nunmehr als wissenschaftlich abgethan gelte. O. und R. haben nach S. übersehen: erstens, daß außer den von ihnen ausschließlich berücksichtigten stickstoffhaltigen Extractivstoffen auch noch stickstofffreie Extractivstoffe regelmäßig im Fleisch vorhanden sind, die möglicher Weise einen Unterschied bedingen könnten. Um zu zeigen, daß dunkles und helles Fleisch sich im Gehalt an Extractivstoffen nicht unterscheiden, hätten O. und R.

entweder diese Stoffe insgesamt oder außer den von ihnen bestimmten auch noch die stickstofffreien Extractivstoffe bestimmen müssen. Es liegen einige Untersuchungen vor, die auf Verschiedenheiten in dieser Beziehung hinweisen. So enthält nach J. König das Ochsenfleisch 0,46 pCt., das Kalbfleisch nur 0,07 pCt. stickstofffreier Extractivstoffe. Zweitens haben O. und R. den Umstand nicht berücksichtigt, daß Fleisch gewöhnlich nicht im rohen Zustande, wie sie es untersucht haben, genossen wird, sondern gekocht und gebraten, und daß durch diese Zubereitung seine Zusammensetzung geändert wird, gerade auch in Bezug an Gehalt an Extractivstoffen. Drittens übersehen O. und R., daß der Unterschied in den verschiedenen Fleischsorten doch noch auf etwas anderem beruht, als nur auf dem Gehalt an stickstoffhaltigen Extractivstoffen. Zwischen den meisten Sorten dunklen und hellen Fleisches besteht ein „principieller Unterschied", z. B. in Bezug auf ihren Stickstoffgehalt im Ganzen. Rindfleisch, Wildfleisch, Schinken enthalten erheblich mehr Stickstoff, als Kalb, Hammel und die meisten Fische. Bei gleichen Mengen wird also im Allgemeinen von jenen mehr Stickstoff eingeführt, als von diesen. Nun ist aber durch die Untersuchungen von Rosenfeld und Orgler festgestellt, daß mit der Menge des zugeführten Fleischstickstoffes auch die Schlacken des Eiweißzerfalls, Harnsäure und Alloxurkörper, im Harn an Menge zunehmen, und dies kann für Gicht- und Nierenkranke nicht gleichgiltig sein. — S. ist also der Ansicht, daß es bei aller Gleichheit der rothen Fleischsorten an ihrem Gehalt an Extractivstoff principielle Unterschiede bei ihnen doch giebt, die teils bekannt, teils unbekannt sind, und daß noch kein Grund vorhanden ist, die auf tausendfältiger Beobachtung gegründete practische Erfahrung, daß Gicht- und Nierenkranken m Allgemeinen weißes Fl eisch zuträglicher sei, als dunkles, für falsch zu halten.

Man darf wohl hoffen, daß O. und R. ihre bisherigen Untersuchungen in der in practischer Hinsicht wichtigen Frage auch in der von Senator angegebenen Richtung vervollständigen werden, um diese Frage, in der sich solche Autoritäten, wie v. Noorden und Senator, gegenüberstehen, nach der einen oder der anderen Seite zu lösen. Lubowski.

Huchard: **Les trois lavages dans le traitement de l'urémie.** (Journ. des praticiens 1899.)

Bei der Urämie, einer Intoxication des Körpers, will H. keine oder wenig Droguen, welche etwa noch Gift zuführen, verwenden, sondern schreibt Waschung des Magens, des Darms, des Blutes vor. Der Magenwaschung setzt der Kranke den größten Widerstand entgegen, doch ist sie erforderlich, denn man entfernt oft toxisches Material aus dem Magen, welches Kaninchen in wenigen Minuten tötet. Zur Waschung des Darmes benutzt man Klystiere und injicirt 2—3mal täglich 2—3 l 7—8‰ Kochsalzlösung; behält der Kranke die Flüssigkeit bei sich, so geht sie durch die Niere und wirkt diuretisch; wenn nicht, so wirkt sie antiseptisch wie die besten Medicamente. Bei der Waschung des Blutes denkt H. nicht an die

immerhin schwierige und gefährlich intravenöse Infusion, sondern wünscht 2—3 mal täglich subcutane Infusionen physiologischer Kochsalzlösungen (2—300 g). Selbstverständlich kommen Abführ- und Brechmittel und besonders der Aderlaß zur Anwendung; es empfiehlt sich, den Aderlaß kurz vor der subcutanen Infusion zu machen. Mankiewicz.

Dr. Rattier (Paris): **Des épanchements urineux d'origine rénale.** (Ballière et fils, Paris 1899.)

Harnerguß in das Gewebe kann durch Verletzung eines beliebigen Teiles des Harntractus entstehen. Meistenteils sind es Rupturen des Ureters und der Harnblase, die Anlaß dazu geben; jedenfalls sind diese Rupturen in ihrer ätiologischen Beziehung zu Harnergüssen am meisten erforscht. Abgesehen von Ureter und Harnblase, kommen aber auch die Nieren als Ausgangspunkt von Harnerguß in Betracht, und zwar viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt, wenn auch nicht so häufig, wie die zuerst erwähnten Abschnitte des Harntractus. Um so auffallender muß der Umstand erscheinen, daß in der medicinischen Litteratur nur äußerst spärliche Angaben über Harnergüsse renalen Ursprungs zu finden sind Gewissermaßen läßt sich dieser Umstand in der Weise erklären, daß die Harnbeschaffenheit bei einem Harnerguß renalen Ursprungs durch Beimengung verschiedener pathologischer, besonders entzündlicher Elemente derart alterirt ist, daß man bei oberflächlicher Beobachtung die bestehende Complication leicht übersieht. Jedenfalls ist die Arbeit des Verfassers die erste, die sich mit der Frage des renalen Harnergusses eingehend beschäftigt. Dieselbe basirt auf einem in der Klinik Poncet's beobachteten Fall von Harnerguß renalen Ursprungs, sowie auf einem genauen Studium der einschlägigen Litteratur und stellt eine stattliche Monographie von 120 Großoctavseiten dar, die unter Inauguration Poncet's den Gegenstand ab ovo in erschöpfender Weise behandelt. Sie besteht aus sechs Capiteln. Das erste behandelt die Pathogenese der renalen Harnergüsse, speciell die Frage, inwieweit pathologische Veränderungen der Nieren die Entstehung derselben begünstigen. Das zweite Capitel enthält einen Bericht über die vom Verf. ausgeführten pathologisch-anatomischen Untersuchungen bezüglich der Nierenruptur, sowie auch bezüglich des Harnherdes und der Veränderungen, die derselbe in den benachbarten Geweben hervorruft. Symptomatologie und Differentialdiagnose, Verlauf und Ausgang, sowie die chirurgische Behandlung des in Frage stehenden Processes bilden der Reihe nach den Inhalt der folgenden drei Capitel. Im letzten Capitel bringt Verf. schließlich eine sorgfältige Zusammenstellung der von ihm aus der gesamten Litteratur, die deutsche nicht ausgenommen, verwerteten Veröffentlichungen, die insgesamt 40 Fälle umfassen.

In Anbetracht des Interesses des Themas geben wir die Schlüsse, zu denen Verf. kommt, wieder. Diese sind:

1. Harnergüsse renalen Ursprungs werden nnr durch Perforation der Wände des Harnreservoirs erzeugt, dagegen werden Rupturen des Nierenparenchyms niemals von dieser Complication begleitet.

2. Eine derartige Perforation entsteht entweder bei normaler Niere in Folge eines außerordentlich starken Traumas, oder auch spontan, wenn die Niere pathologisch verändert und in ihrer Resistenzfähigkeit beeinträchtigt ist. Natürlich kann auch in letzterem Falle ein Trauma die Rolle eines unterstützenden Moments spielen.

3. Der Harn ergießt sich zunächst in das perineale Zellgewebe und überschwemmt von hier aus in mehr oder minder großer Ausdehnung die benachbarten Partien. Der Erguß des Harns erfolgt manchmal acut, rapid und in großer Menge; bisweilen tritt sie dagegen in chronischer Form auf, wobei der Harn langsam, Tropfen für Tropfen, austritt. Im ersteren Fall kommt es zu einer wahren Harninfiltration, im letzteren zur Bildung von sog. Harntaschen und Harnabscessen. Das Auftreten des Harnergusses in der einen oder in der anderen Form hängt von folgenden drei Momenten ab: a) von der Quantität der zur Zeit der Perforation in der Niere enthaltenen Flüssigkeit, b) von dem Umfang der entstandenen Perforationsöffnung, c) von dem Zustand der Capsula adiposa.

4. Die Beschaffenheit der austretenden Flüssigkeit ist je nach dem Ursprung der letzteren verschieden. Die Flüssigkeit kann sein: a) reines Blut (bei ausschließlicher Verletzung des Nierenparenchyms), b) reiner Harn (bei ausschließlicher Verletzung des Nierenbeckens, bei Rupturen von Hydronephrosen, traumatischen Hydronephrosen), c) ein Gemisch von Blut und Harn (bei gleichzeitiger Verletzung des Nierenbeckens und des Nierenparenchyms), und schließlich d) ein Gemisch von Harn und Eiter (bei infectiöser Entzündung früherer Harnergüsse, bei Perforation von Pyonephrosen).

5. Der Ausgang eines Harnergusses hängt davon ab, ob die ausgetretene Flüssigkeit septisch inficirt ist oder nicht. Im ersteren Falle kommt es zu einer entzündlichen Reaction mit Neigung zur Gangrän und zur Bildung eines perirenalen Abscesses. Im zweiten Fall wird die ausgetretene Flüssigkeit resorbirt oder eingekapselt. Eine secundäre Infection des Harnherdes tritt selten ein. Unter den vom Verf. gesammelten 29 Fällen von Harnergießung in Folge von Nierenverletzung oder Hydronephrose befinden sich nur 8 Fälle solcher secundären Infection.

6. Die Harnabscesse bahnen sich einen Weg, der gewöhnlich mit spontanem Durchbruch nach außen seinen Abschluß findet. Häufig tritt aber der Tod ein, bevor eine Entleerung nach außen erfolgt ist. Unter neun vom Verf. gesammelten Fällen von Harnerguß, die nach Ruptur eines hydronephrotischen oder pyonephrotischen Sackes aufgetreten und ohne Behandlung geblieben waren, befindet sich nicht einziger Fall von Genesung.

7. Der spontane Durchbruch des Harnherdes nach außen erfolgt gewöhnlich in der Lumbalgegend. Manchmal wandert aber der Eiter nach dem Colon, seltener in die Pleura, in's Peritoneum, in's Duodenum und in den Magen.

8. Die einzig rationelle Behandlung der Harnergüsse ist die frühzeitige Incision nebst Ausspülung und regelrechter Drainage der Tasche. Bisweilen ist die Nephrectomie indicirt.

Casper.

Jules Comby: **Lithiase rénale chez les nourrissons.** (71. Vers. der Naturforscher und Aerzte. Kinderheilkunde, 20. Septbr. 1899.)

Nierensteine finden sich sehr häufig bei Kindern unter einem Jahre. Unter Uebergehung der Harnsäureinfarcte der Nieren Neugeborener findet man bei schlechtgenährten Kindern wirkliche Steine in Kelchen, Nierenbecken und Harnleitern. In zwei Jahren hat C. 48 Fälle gesehen. Wenn man die Nierensteine sucht, findet man sie oft bei Autopsien junger Kinder. Meist findet man sie bei abgemagerten, atrophirten, „entwässerten" Kindern. Die Erkrankung ist keine erbliche, sondern eine erworbene und kann daher vermieden werden; sie ist die Folge der Eindickung des Harns bei reichlichen, nicht ersetzten Flüssigkeitsverlusten des Kindes. Die Harnsäure fällt als Natron oder Ammoniaksalz aus in Form von unregelmäßigen harten Körperchen, welche wohl geeignet sind, die Harnleiter zu verlegen, Hydronephrose und Nierenkoliken zu veranlassen; dieselben können auch, in die Blase gelangt, sich vergrößern und Blasensteinsymptome verursachen. Die Diagnose in vivo ist schwierig, da die kleinen Patienten nichts aussagen können; meist kann man sie nur ahnen. Die Prognose ist zweifelhaft; wenn die Kinder am Leben bleiben, können wohl spätere Nieren- und Blasensteine auf diese jugendliche Erkrankung zurückgehen. Prophylaxe und Therapie bestehen in ausreichender Ernährung der Säuglinge, am besten durch Muttermilch. Der Meinung Ranke's, daß die Steinbildung bei jungen Kindern mit dem Harnsäureinfarct der Neugeborenen in Zusammenhang steht, tritt Finkelstein unter Berufung auf Virchow entgegen mit der Begründung, daß die Steine bei Gewebszerfall (z. B. acuten Darmerkrankungen), wo eine vermehrte Harnabsonderung statt hat, entstehen; dies konnte Eichhorst bei seinem eigenen älteren Kinde bestätigen. Mankiewicz.

Brindeau und Macé: **Ueber congenitale Nierencysten.** (Bull. de la société d'obstétrique de Paris, Sitzung vom 19. Januar 1899. Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 26.)

Es handelte sich um Erweiterung der Tubuli. In dem einen Fall bot die Epithelauskleidung der Cysten Besonderheiten. Die Epithelzellen waren verschieden gestaltet, zum Teil sehr groß, unregelmäßig, mit granulirtem Protoplasma und kleinem Kern, in beginnender Degeneration, ähnlich wie bei Nierenkrebs; auch fanden sich papilläre Fortsätze in's Innere der Cysten hinein; außerdem fand sich im Gegensatz zu den beiden anderen Fällen sehr reichliche Bindegewebswucherung. Glykogen wurde in allen drei Fällen in den Zellen nicht nachgewiesen. Im ersten Fall war zugleich eine cystische Dilatation der Gallengänge vorhanden. Immerwahr (Berlin).

Legueu: **Anurie post-opératoire; néphrotomie; guérison.** (Soc. de chir. Revue de chir., Juli 1899, 115.)

Einer 39jährigen Frau war eine linksseitige Hydronephrose transperitoneal entfernt worden, weil man den Tumor für ein Ovarialcystom gehalten hatte. Nach achttägigem Wohlbefinden trat plötzlich Anurie ein,

doch war der Allgemeinzustand gut. Da man an eine Obstruction des rechten Ureters dachte und die rechte Niere groß und schmerzhaft war, versuchte L. den Ureter zu katheterisiren, doch kam er in Folge eines Instrumentendefectes nicht zum Ziel. Er machte darauf eine Nephrotomia lumbaris und spaltete die Niere breit am convexen Rande; Becken und Harnleiter schienen normal; des letzteren Beginn war nicht aufzufinden, so daß der retrograde Katheterismus unterbleiben mußte. Die Niere wurde mit einem großen Drainrohr bis in's Nierenbecken drainirt. Die Kranke erhielt 1 l Salzlösung subcutan; gleich danach secernirte die Niere wieder, der Urin ging durch die Nierenfistel ab. Nach 8 Tagen erfolgte die erste vesicale Miction; die Lendenfistel schloß sich langsam und der Urin wird jetzt ganz durch die Blase entleert. Mankiewicz.

Lipman-Wulf: **Beobachtungen an einer vor 14 Jahren Nephrectomirten.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorg. 1899, No. 9.)

Das Gesamtresultat der Beobachtung ist folgendes:

1. Wir sehen im Röntgenbild die hypertrophische, allein functionirende Niere genau in ihrer Lage und außerordentlicher Größe.

2. Das Ende des Harnleiters dieser Niere zeigt an der Mündung eine divertikelartige Ausstülpung in die Blase hinein. Diese Ausstülpung ist vielleicht bedingt durch Drucksteigerung im Ureter, da hier sämtlicher Urin nur von der einen hypertrophischen Niere ausgeschieden werden kann.

3. Die Niere ist im Stande, größere Mengen eingeführten Stickstoffs in 24 Stunden zu bewältigen.

4. Bei der Prüfung der Durchgängigkeit für Methylenblau erscheint der Farbstoff eine halbe Stunde nach der Einspritzung im Urin wieder. Die Dauer der Ausscheidung ist eine verlängerte, sie beträgt vier Tage, sie vollzieht sich nach einem polycyklisch-intermittirenden Typus.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Picqué: **Rapport sur trois cas de chirurgie urinaire.** (Le progrès médical 1899, No. 28.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine Frau, welche in der rechten Seite eine Geschwulst hatte, welche für ein Ovarialcystom gehalten wurde. In Wirklichkeit handelte es sich um eine Hydronephrose, welche durch eine Knickung des Ureters entstanden war. Die Kranke genas, nachdem die transperitonale Nephrectomie gemacht worden war. Im zweiten Falle handelte es sich um ein Nierencarcinom, welches eine intermittirende Hydronephrose vortäuschte. Der dritte Fall betrifft einen Officier, welcher in Folge eines Sturzes vom Pferde und der dabei erhaltenen Huftritte auf den Bauch eine sehr schwere Urininfiltration bekam. Es bestand eine subperitoneale Blasenruptur, die Urethra war nicht verletzt. Der Kranke wurde durch wiederholte Incisionen geheilt. Immerwahr (Berlin).

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Zur Nachbehandlung der Lithotripsie.

Von

Dr. **S. Grosglik.**

(Nach einem am 20. September 1898 in der Warschauer medic. Gesellschaft gehaltenen Vortrage.)

M. H.! Dank den bedeutenden Fortschritten, welche sowohl die Operationstechnik als die Instrumentenfabrikation in der letzten Zeit erfahren hat, namentlich aber dank der strengen Anwendung der antiseptischen Methode gewinnt die Lithotripsie unter den Chirurgen von Tag zu Tag neue Anhänger. Wiewohl noch heute das Gebiet der Indicationsstellung zu dieser Operation von manchen Autoren bedeutend eingeschränkt wird, so läßt sich die Thatsache nicht leugnen, daß die Lithotripsie in der Praxis häufiger ausgeführt wird als blutige Operationen, die nur in Ausnahmefällen Anwendung finden.

Dieses Bestreben der Chirurgie, die Steine auf unblutigem Wege zu entfernen, veranlaßt mich, einige practische Bemerkungen in Betreff der Nachbehandlung darzulegen. Soviel mir bekannt, liegt diese Frage bis jetzt brach, und die vereinzelten, hier und da in der Litteratur zerstreuten Angaben zeichnen sich durch auffallende Widersprüche der Ansichten aus. Während die einen der Blase nach Lithotripsie absolute Ruhe gönnen wollen und den Katheterismus nur bei Harnverhaltung anwenden, empfehlen andere Autoren nach jeder Operation energische Blasenspülungen, ja selbst für 1—2 Tage einen Verweilkatheter, in der Meinung, daß nur auf diese Weise eine postoperative Infection vermieden wird. Allerdings ist ein activer Eingriff in dieser oder jener Form in gewissen speciellen Fällen berechtigt, kann jedoch als allgemeines Verfahren nicht empfohlen werden. Früher, wo fast jede Steinzertrümmerung eine locale oder allgemeine Infection zur Folge

hatte, mochten energische Blasenspülungen oder ein Verweilkatheter thatsächlich höchst wirksame infectionswidrige Mittel gewesen sein. Diese Zeiten sind aber glücklicher Weise unwiederbringlich vorüber: jetzt kommt eine Infection nach lege artis ausgeführter Lithotripsie ebenso selten, wie nach anderen Operationen vor. Eine geschickte Vorbereitung des Kranken zur Operation, peinliche Desinfection der Instrumente, der Hände des Operateurs und aller mit der Harnröhre und Blase in Berührung kommenden Gegenstände gestalten die Steinzertrümmerung zu einem ungefährlichen Eingriff, nach welchem man namentlich dort, wo die Harnorgane vor der Operation vollständig aseptisch waren, eines aseptischen Verlaufes ganz sicher sein kann. Dass solche Fälle sehr häufig vorkommen, darüber zweifelt heute Niemand, wiewohl die irrige Ansicht, als ob die Anwesenheit eines Steines unbedingt einen Blasencatarrh zur Folge hätte, noch bis in die neueste Zeit verbreitet war. Die tägliche Erfahrung belehrt uns des Gegenteils, nämlich, daß primäre Steine, wie Urate und Oxalate, Jahre lang in der Blase ohne entzündliche Symptome liegen können und daß die Cystitis am häufigsten durch Manipulationen mit einem unreinen Instrument entsteht. Natürlich müssen wir uns stets bemühen, während der Operation die bis dahin aseptische Blase nicht zu inficiren; somit ist die peinliche Beobachtung der Asepsis die notwendige Bedingung eines ungestörten Verlaufes.

Es ist nicht meine Absicht, an dieser Stelle auf alle die Blase gegen Infection schützenden Mittel näher einzugehen, ich will nur erwähnen, daß bei Steinzertrümmerung nach denselben Regeln, wie bei Katheterismus überhaupt, vorzugehen ist. Die letzteren habe ich in meiner 1896 erschienenen Arbeit „Aseptischer Katheterismus“ (Wiener Klinik, Heft 4 und 5) ausführlich dargelegt. Ich erlaube mir jedoch, hier nur auf einen, meines Erachtens sehr wichtigen Umstand aufmerksam zu machen, betreffend die Wahl der zur Füllung der Blase vor und zur Spülung derselben nach der Operation bestimmten Flüssigkeit. Als solche erscheint mir das salpetersaure Silber, namentlich in Lösungen 1 : 3000 bis 1 : 2000 am zweckmäßigsten. Nachdem der Kranke vorbereitet und event. narcotisirt ist, wird die Blase mittelst Nélaton-schen oder Mercier'schen Katheters entleert und dann mit der erwähnten Lösung je nach dem Eitergehalt mehr oder weniger energisch durchgespült. Nun werden 100—150 g derselben Lösung eingegossen, der Katheter entfernt und der Lithotriptor eingeführt; somit findet der Eingriff in einer mit salpetersaurer Silberlösung gefüllten Blase statt. Dieselbe Flüssigkeit dient ebenfalls zur Füllung des Aspirators, mittelst welchen man die Steintrümmer aus der Blase entfernt. Sobald die

Blase von Fremdkörpern vollkommen frei ist, wird sie mit derselben Lösung noch mehrmals durchgespült; das Gleiche geschieht mit der Harnröhre, während man den Katheter zurückzieht.

Dieses Verfahren garantirt eine völlige Desinfection der Blase schon unmittelbar nach der Operation; es ist selbst in aseptischen Fällen notwendig, und zwar deshalb, weil die Möglichkeit besteht, daß aus der Harnröhre, welche an verschiedenen, auch pathogenen Bacterien reich ist, in die Blase Infectionskeime gelangen. Ein solches Verfahren ist meines Erachtens bei der Lithotripsie unbedingt angezeigt, wenn wir infectiösen Complicationen aus dem Wege gehen und dem Kranken die Beschwerden einer Nachbehandlung der Blase ersparen wollen.

Ich kann mit manchen Chirurgen nicht übereinstimmen, welche behaupten, dass ein aseptisches oder antiseptisches Verfahren während der Lithotripsie nicht immer einen aseptischen weiteren Verlauf verbürgt, und zwar deshalb, weil die Steine ihrer Meinung nach zahlreiche Mikroben enthalten, welche während der Operation frei werden und sich in der Blasenschleimhaut einnisten. Von diesem Princip ausgehend, empfehlen sie zwecks Beseitigung erwähnter Krankheitserreger möglichst energische Blasenspülungen in der postoperativen Periode.

Dieser Satz ist so wenig überzeugend, daß es überflüssig wäre, seine Grundlosigkeit beweisen zu wollen, denn es leuchtet ja für Jeden ein, daß eine während der Operation erfolgte Infection eher auf das Eindringen von Parasiten mit schlecht desinficirten Instrumenten von außen her in die Harnwege zurückzuführen ist. Auf Grund einer ganzen Beobachtungsreihe bin ich zu der Ansicht gelangt, daß wir um so seltener nach der Operation activ vorgehen müssen, je peinlicher die Aseptik während derselben gewesen. Bei der Nachbehandlung der Lithotripsie sollten meines Erachtens, unabhängig davon, ob sie in einer oder in mehreren Sitzungen ausgeführt wird, dieselben Regeln wie in der allgemeinen Chirurgie und Geburtshilfe gelten. Eine aseptische Wunde, eine Gebärmutter nach aseptisch geleiteter Geburt wird am besten durch absolute Ruhe vor secundärer Infection geschützt. Ebenso sollen wir eine Blase, aus welcher ein Stein durch Zertrümmerung entfernt wurde, in Ruhe lassen, denn jedes Katheterisiren reizt die Harnröhre und, was noch schlimmer ist, bringt die Gefahr einer Secundärinfection mit sich.

Die in aseptischen Fällen absolut indicirte exspectative Therapie ist in weniger günstigen Fällen nicht immer durchführbar. In solchen Fällen jedoch darf unser Handeln in keiner Richtung schematisch sein, sondern muß klaren Indicationen genügen. Vor Allem muß ich bebemerken, daß eine Trübung des Urins bei Blasenstein nicht immer

der Ausdruck von Cystitis ist und somit nicht immer ein actives Vorgehen nach der Operation zur Folge hat. In vielen Fällen hängt die Trübung von einer geringen Quantität Blutes ab, welches aus der durch die rauhe Steinoberfläche gereizten Blasenschleimhaut stammt. Ergiebt also die Harnuntersuchung vor der Operation, daß das Sediment keinen Eiter, sondern rote Blutkörperchen enthält, so können wir eines günstigen postoperativen Verlaufs ohne Localbehandlung sicher sein. Was die leichten Cystitisformen anbelangt, so lassen sich dieselben am besten durch voroperative Behandlung beseitigen. Eine mehrmalige Spülung der Blase mit $^1/_{2000}$—$^1/_{3000}$ Lösung von salpetersaurem Silber beseitigt fast immer den Eitergehalt der Blase; die Operation wird dann in einer aseptischen Blase ausgeführt und dem Kranken eine Nachbehandlung erspart.

Systematisches, mit Blasenspülungen verbundenes Katheterisiren nach der Operation, selbst ein Verweilkatheter haben ihre Indicationen, welchen im gegebenen Fall Genüge geleistet werden muß. Hierher gehören vor Allem jene Fälle, wo der Kranke wegen Prostatahypertrophie oder Blaseninsufficienz nicht im Stande ist, spontan zu uriniren oder die Blase unvollständig entleert. Hier ist systematisches Katheterisiren und Blasenspülungen mit antiseptischen Flüssigkeiten unumgänglich. Zu dieser Categorie wären auch die schweren Fälle von Cystitis zu rechnen, welche trotz energischer voroperativer Behandlung nicht beseitigt werden konnte. Auch in diesen Fällen müssen wir Blasenspülungen ein- bis zweimal täglich, je nach der Intensität des entzündlichen Processes vornehmen. Endlich sind noch die Fälle von postoperativer Harnretention zu erwähnen, wo wir selbstverständlich ebenfalls die Blase systematisch entleeren müssen.

Mit Ausnahme der Fälle der letzten Categorie können wir schon vor der Operation vorausbestimmen, ob im gegebenen Fall ein activer Eingriff notwendig sein wird. Wenn wir sicher vorgehen wollen, so müssen wir uns vor der Operation von der vollständigen Entleerbarkeit der Blase überzeugen, denn sonst sind wir vor einer durch Zersetzung des Residualharns entstandenen Cystitis nicht sicher. Diese Vorsicht ist jedoch nur bei älteren, oft an Prostatahypertrophie leidenden Personen angezeigt.

Die Frage, ob dort, wo eine Indication zum activen Eingreifen besteht, systematisches Katheterisiren oder ein Verweilkatheter vorzuziehen ist, soll von Fall zu Fall entschieden werden. Wiewohl ich den Katheter à demeure des Oefteren anwende, so glaube ich doch, daß die Notwendigkeit desselben nach Lithotripsie sehr selten ist. Meines Erachtens sollte dieses Mittel nur dort angewendet werden,

wo häufiges Katheterisiren schmerzhaft ist, die Harnröhre reizt, oder aus anderen Gründen undurchführbar erscheint. Das Einführen eines Verweilkatheters ist namentlich angezeigt bei starker Harnröhren- oder Blasenblutung und in jenen Fällen, wo es nach Lithotripsie zu einer Entzündung der Harnwege mit Temperatursteigerung kommt.

In allen Fällen, wo wir gezwungen sind, eine postoperative locale Blasenbehandlung durchzuführen, gelten die Grundsätze, welche wir bei Behandlung der Cystitis überhaupt beobachten. Die Spülflüssigkeit soll zwei Eigenschaften besitzen: sie muß antiseptisch und zugleich heilend auf die Blasenschleimhaut wirken. Beiden Bedingungen entspricht nur die von uns gewöhnlich in der Stärke von 1 : 3000 bis 1 : 2000 verwendete Lösung von salpetersaurem Silber; in Ausnahmefällen, nämlich bei großer Empfindlichkeit der Blase beginnt man mit schwächeren Lösungen, wie 1 : 5000, selbst 1 : 10000, und geht dann allmählich zu concentrirteren Lösungen über. Es muß überhaupt bei allen Eingriffen eine zu große Reizung der Harnwege vermieden werden; des Metallkatheters bediene man sich nur in Ausnahmefällen. Uebermäßige Dehnung der Blase mit großen Flüssigkeitsmengen ist schädlich. Die Erfahrung lehrt, daß der Nélaton'sche oder elastische Katheter am zweckmässigsten sind; die Quantität der auf einmal in die Blase eingespritzten Flüssigkeit soll 25—50, ausnahmsweise 100 g betragen. Nach der Entleerung des Harns spüle man zunächst die Blase mit sterilisirtem Wasser oder Borsäurelösung durch, zwecks besserer mechanischer Beseitigung von Eiter, Schleim etc.; einer sorgfältigen Reinigung folgt dann das Einspritzen von 100 g Argenti nitrici in kleinen Portionen. Gewöhnlich genügt die Borsäurelösung nicht, da ihre Wirkung lediglich eine mechanische ist.

Obige Bemerkungen stützen sich auf ca. 50 zum Teil von Herrn Dr. Krajewski, zum Teil von mir ausgeführte Lithotripsien. In etwa der Hälfte aller Fälle enthielt ich mich jeder localen Nachbehandlung, weil der Harn vor der Operation keine krankhaften Veränderungen bot, oder eine geringe, vor der Operation beseitigte Quantität Leucocyten enthielt. Nur in einem dieser Fälle kam es einige Tage nach der Operation zu ziemlich hartnäckiger Cystitis, welche jedoch unter systematischen Spülungen mit Lösungen von salpetersaurem Silber vollständig heilte. Wie wir uns bald überzeugen konnten, war dieser Fall mit einer vor der Operation nicht diagnosticirten Prostatahypertrophie mit beträchtlicher (200 g) Quantität Residualharn complicirt. Offenbar hat sich hier die Entzündung auf dem Boden mangelhafter Functionsfähigkeit der Blase entwickelt. Hingegen ließ in allen anderen Fällen der postoperative Verlauf nichts zu wünschen übrig; die Körper-

temperatur überstieg niemals die Norm, der Harn erlangte seine vollständige Durchsichtigkeit rasch wieder und seine Acidität blieb unverändert.

Die zweite Hälfte der Fälle betrifft Individuen, bei welchen vor der Operation eine vollständige Retention in Folge Prostatahypertrophie oder eine hartnäckige, vor dem Eingriff nicht beseitigte Cystitis constatirt wurde. In diesen Fällen beruhte die Nachbehandlung der Blase auf systematischem Katheterismus und Spülungen mit salpetersaurem Silber. Fieber wurde kein einziges Mal notirt, der Verweilkatheter gar nicht angewendet.

Auf Grund obiger Erörterungen in Betreff der localen Blasenbehandlung nach Lithotripsie kommen wir zu folgenden Schlüssen:

1. Die locale Behandlung nach Beseitigung des Steines ist in jenen Fällen contraindicirt, wo wir mit primären, weder mit Cystitis, noch mit Harnretention complicirten Steinen zu thun haben. Sie ist aber sofort angezeigt, sobald es in Folge der Zertrümmerung zu Cystitis oder Urinretention kommt.

2. In den mit leichter Cystitis complicirten Fällen soll die Blase vor der Operation mit schwachen Lösungen von Argentum nitricum ausgespült und die Operation erst nach völligem Ablauf der entzündlichen Symptome unternommen werden. Auch in diesen Fällen kommt eine Nachbehandlung nur ausnahmsweise in Frage.

3. In allen Fällen von Harnretention und hartnäckiger, vor der Operation nicht zu beseitigender Cystitis müssen wir der Operation eine örtliche, auf systematischer Entleerung der Blase und Spülungen mit salpetersaurem Silber beruhende Behandlung folgen lassen.

4. Der Katheter „à demeure“ nach Lithotripsie ist absolut indicirt in Fällen von starker Blutung aus der Blase und Harnröhre und bei Cystitis mit Temperatursteigerung.

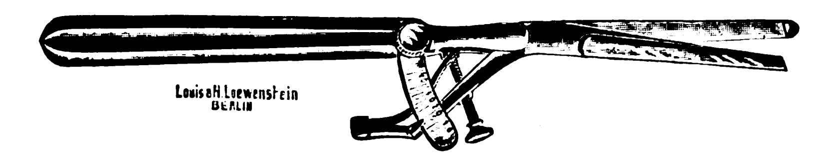
Ein neues Meatotom.

Von

Dr. med. **F. Bierhoff,**

Assistent der Abteilung für Krankheiten der Harnwege an der Berliner allgemeinen Poliklinik.

Eine Schwierigkeit in der einfachen Meatotomie, hauptsächlich für den weniger geübten Urologen, liegt in der Thatsache, dass die bisher angegebenen Meatotomen kein Maß für die Grösse des Schnittes besaßen. Um diesen Mangel zu beseitigen, habe ich mir von der hiesigen Firma Louis & H. Loewenstein das hier abgebildete Instrument anfertigen lassen, welches es ermöglicht, die genaue gewünschte Schnittgröße zu messen und controliren.



Das Instrument, welches eine Modification des wohlbekannten Collin-Oberländer'schen Meatotoms ist, ist mit einer Scala versehen, welche nach der Charrière'schen Scala von 10—40 (in Einteilungen zu je 5 Nummern) markirt ist. Will man das Instrument gebrauchen, so stellt man mittelst der längeren Schraube die gewünschte Größe des Schnittes ein, indem beim Hervortreten der Klinge ein kleiner Zeiger, welcher an dem kürzeren Arm des Instrumentes angebracht ist, sich mit diesem bewegt, so dass er die eingestellte Zahl auf der Scala zeigt.

IV. Französischer Urologen-Congress.

19.—21. October 1899.

(Fortsetzung.)

III. Sitzung.

Monod: Fistule urinaire ombilicale par persistance de l'ouraque chez un enfant de dix ans. Cure radicale.

M. hat eine Urachus-Blasenfistel mit Erfolg nach der weiter ausgebildeten Methode von Delagénière operirt. Nach Umschneidung der Fistel und des umgebenden Narbengewebes wurde das Abdomen eröffnet und der Urachusstrang isolirt und in seiner ganzen Ausdehnung bis in die Blasenwand hinein resecirt. Die dadurch entstandene Blasenwunde wurde für sich durch Nähte geschlossen.

Rochet (Lyon): Résection de la branche périnéale des nerfs honteux internes dans certaines uréthro-cystites douloureuses chroniques.

R. hat in verzweifelten Fällen (bisher in drei) von chronischer Urethrocystitis und Prostatitis zur Linderung der Beschwerden die Resection des Ramus perinealis des Nervus pudendus internus (sv. communis) beiderseits vorgenommen. Es hatte sich bei seinen Patienten um sonst durch kein Mittel, auch durch die Sectio alta nicht dauernd beeinflußbare Schmerzen und nervöse Spasmen der Perinealgegend resp. der hinteren Harnröhre gehandelt, die in allen Fällen durch die Operation endgiltig beseitigt wurden. Die Resection des Ramus perinealis, welcher die oberflächliche und tiefe Perinealmusculatur versorgt, hat keine schädlichen Folgen für die sexuelle Function und die Harnentleerung. Nur ist die Operation schwer auszuführen, da man den Stamm des Nervus pudendus communis an der Stelle seines Austrittes aus dem Foramen ischiadicum minus neben der gleichnamigen Arterie unmittelbar an der Teilungsstelle in den perinealen Ast und den Ramus dorsalis penis aufsuchen muß, um letzteren sicher unverletzt zu lassen.

Estor (Montpellier): Onze cas de taille hypogastrique pour calcul chez l'enfant.

E. hat in einzelnen seiner Fälle zur Versorgung der Blasenwunde, die er dem Blasenscheitel möglichst zu nähern sucht, die vollständige Vernähung,

in anderen die Drainage vorgenommen und mit letzterer gleich gute Resultate bezüglich der Heilungsdauer erreicht. Er rät in allen Fällen von Blasennaht zur Drainirung des Cavum Retzii.

Bousavit (Amiens): Calcul vésical chez un enfant de 22 mois; taille hypogastrique. Guérison.

Der seltene Fall einer Steinoperation wegen eines an der Hinterwand der Blase eingekapselten Uratsteines bei einem noch nicht zwei Jahre alten Kinde bietet sonst keine Besonderheiten.

Carlier (Lille): Traitement des calculs de la vessie chez l'enfant.

C. hat unter 20 Steinoperationen bei Kindern 11mal die Lithotripsie, die er für diese Fälle bevorzugt, und 9mal die Sectio alta ausgeführt, und zwar letztere häufiger mit vollständiger Vernähung der Blase.

Chevalier: Corps étrangers de la vessie.

C. berichtet über fünf Fälle von Fremdkörpern (Nadeln, Bleistifte und Katheterstücke), die nur in einem Fall zu einer blutigen Operation, dem Vesicovaginalschnitt, Anlaß gaben.

Pousson erwähnt einen Fall von faux corps étranger: Bei einem Prostatiker, der sich selbst katheterisirt, fand sich das abgebrochene Katheterstück bei der Cystotomie statt in der Blase innerhalb der Prostata in einem falschen Wege.

Pasteau (Paris): Les ganglions lymphatiques pixtu-vesicaux.

Es giebt zwei Gruppen von Lymphdrüsen innerhalb des kleinen Beckens: an der Beckenwand in der Nachbarschaft der großen Gefäße gelegene (parietalia lateralia) und vor dem Os sacrum gelegene (parietalia posteriora) und zweitens inmitten der Weichteile liegende. Unter den letzteren liegen einige der Blasenwand unmittelbar an, und zwar vor der Blase oft im retropubischen Fettgewebe, andere entlang der Art. umbilicalis zur Seite der Blase. Diese Lymphdrüsen werden nur teilweise von den Lymphgefäßen der Blase, zum anderen Teil, wie Küttner gezeigt hat, von dem tiefen Lymphgefäßnetz des Penis und der Glans gespeist.

Motz (Paris): Quatre cas d'adénome de la vessie.

Von den sehr seltenen Adenomen der Blase sind bisher fünf histologisch sicher gestellte bekannt geworden. Ihre Entstehung bringt man, beim Manne wenigstens, nach Klebs zur Prostata in Beziehung. Doch fehlt es nicht an Autoren, die auch am Boden der Blase normaler Weise Drüsengebilde festgestellt haben. M. hat unter über 100 Fällen von Blasentumoren vier Adenome auffinden können, von denen eines klinisch diagnosticirt, die drei anderen bei Autopsien entdeckt wurden. Bei zweien fand sich gleichzeitig eine adenomatöse Entartung der Prostata.

Motz: Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.

Da bezüglich der Dauererfolge der operativen Behandlung von Blasengeschwülsten die bisher existirenden statistischen Berichte von Pousson, Albarran und Clado große Widersprüche enthalten, hat M. über 55 im



Hospital Necker operirte Blasentumoren Recherchen angestellt. Von ihnen waren 35 vor mehr als drei Jahren operirt und von diesen waren 10 noch am Leben. Von 18 Fällen von Carcinom hat ein einziger länger als drei Jahre die Operation überlebt, während von 9 Papillomen 7 lebten mit 4 Recidiven.

Duret (Lille): Des troubles urinaires dans les appendicites.

Blasenstörungen im Anschluß an Entzündungen des Wurmfortsatzes machen sich geltend, wenn derselbe verlagert, ectopisch ist, wie es in 20 bis 30 pro 100 beobachtet wird, und in Beziehung zur Blase gerät. Unter diesen Verhältnissen finden sich einmal längere Retentionen, Pyurie und Pyelonephritis, auch ohne daß eine directe Communication mit dem Wurmfortsatz besteht, allein auf Grund einer Pericystitis, die zur Infection der Blase führt. Zweitens kommt es zu Absceßbildungen, dem Durchbruch von perityphlitischen Abscessen in die Blase, zu Kot- und Darm-Blasenfisteln mit den entsprechenden Erscheinungen auf Seiten des Urins. Drittens gelangen sehr selten perivesical gelagerte Steine zur Beobachtung, entweder reine Kotsteine, oder gemischte Kot-Harnsteine oder einfache Harnsteine.

Reymond unterzieht die Art und Weise des Zustandekommens der Infection vom Wurmfortsatz aus einer näheren Besprechung.

Chevalier: Les pollakiuries uriques.

Die anormale Zusammensetzung des Harns, besonders seine Ueberladung mit Harnsäure und harnsauren Salzen, können zu stärkerer Frequenz der Miction für sich allein Anlaß geben, ohne daß entzündliche Zustände zu bestehen brauchen. Die Zustände, bei denen der Urin häufig trübe erscheint, werden fälschlich als Cystitis angesehen und behandelt. Die Localbehandlung verschlimmert den Zustand, während eine medicamentöse und hygienisch-diätetische Behandlung leicht Heilung verschafft.

Noguès (Paris): Urines purulentes et tuberculose.

N. bespricht das diagnostische Hilfsmittel der Urinuntersuchung bei Tuberculose der Harnwege, welches durch Anwendung der Centrifuge wesentlich vervollkommnet worden ist. Er hat insbesondere die von Melchior geäußerte Vermutung, daß ein eiterhaltender, aber bacterienfreier Harn der Tuberculose verdächtig mache, durch Impfungen bestätigen können. Indessen glaubt er, über diese Frage noch nicht abschließend sich äußern zu dürfen, da das Studium der anaëroben Harnbacterien, die hier in Frage kommen könnten, eben erst in Angriff genommen sei.

Escat (Marseille): Bacteriurie alcaline. Pseudophosphaturie; pseudopyurie.

Er hat zwei der seltenen Fälle von alkalischer Bacteriurie beobachtet, die sich im Anschluß an leichtere Affectionen der Harnwege entwickelt hatten und mit anfallsweise auftretenden Schmerzen und Steigerung der Mictionsfrequenz einhergingen. Der alkalisch reagirende Urin enthielt nur spärliche Leucocyten, aber ein starkes Sediment von phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia und in Haufen angeordneten Mikrokokken. Es bestand dabei keine abnorme Vermehrung der Phosphate. Die medicamentöse und locale Behandlung blieb gegen diesen Zustand wirkungslos.

Courtade (Paris): Contribution à l'étude des paralysies vésicales dues à des lésions des centres nerveux et de leur traitement par l'électricité.

Bei centraler Paralyse der Blase hat man zwischen der Lähmung des Blasenkörpers und der des Blasenhalses zu scheiden; die electrische Behandlung ist bei der ersteren viel weniger wirksam als bei der letzteren.

Castan (Beziers): Quelques détails d'asepsie dans le traitement des voies urinaires.

C. beschreibt Verbesserungen einiger Details der in Frankreich gebräuchlichen Sterilisirapparate für weiche Katheter.

IV. Sitzung.

Pousson: De l'intervention chirurgicale dans certaines formes de nephrites médicales.

P. legt an der Hand einer Statistik von 22 von ihm ausgeführten Nephrotomien und Nephrectomien den günstigen Einfluß dar, welchen diese Operationen auf schwere, chronische Nierenentzündungen ausüben können, welche bisher nur einer internen Behandlung zugänglich waren. Die Doppelseitigkeit der Affection ist keine absolute Contraindication für diese Operation; wenigstens sollte erst durch den Ureterkatheterismus in gewissen Fällen festgestellt werden, ob beide Nieren erkrankt sind. Gewöhnlich ist eine Niere schwerer erkrankt als die andere, und die Operation der schwerer afficirten könnte wohl einen heilenden Einfluß auf dies zweite Organ ausüben. Die Nephrotomie wirkt durch Herabsetzung des intrarenalen Druckes, für die Heilwirkung der Nephrectomie für die andere Niere will P. die Aufhebung eines veno-renalen Reflexes verantwortlich machen, indem er die Analogie der Enucleation des erst erkrankten Auges bei der sympathischen Ophthalmie heranzieht.

Albarran (im Namen von Léon, Bernard und Bousquet): De la cryoscopie appliquée à l'exploration de la fonction rénale.

A. berichtet über klinische Untersuchungen, welche im Anschluß an die Mitteilungen von Koranyi begonnen haben, um festzustellen, welchen Einfluß Läsionen des Nierenparenchyms auf die moleculäre Concentration des Urins haben. Irrtümer bezüglich der Einseitigkeit der Affection wurden dabei mittelst des Ureterenkatheterismus ausgeschlossen. Er hat festgestellt, daß Läsionen des Nierenparenchyms sich erkennen lassen an der moleculären Concentration des Urins und der Herabsetzung seines Gefrierpunktes und daß diese Methode sehr wertvoll ist zur Bestimmung der excretorischen Kraft einer Niere.

Albarran: La néphrite chez les cancéreux.

In 11 Fällen von Nierenepitheliom fanden sich in den vom Tumor entfernten Partien der Niere intensive entzündliche Processe parenchymatöser und interstitieller Natur. In einem Fall von Sarcom fehlten dieselben. Der mit Ureterkatheter in drei Fällen gesondert aufgefangene Harn ergab eine Verminderung der hauptsächlichsten Harnsalze auf der erkrankten Seite.

Die gesunde Niere kann normal bleiben, ist aber oft in Folge einer carcinomatösen Toxämie nephritisch erkrankt. Die Exstirpation der Geschwulst bessert den Zustand der zweiten Niere, wenn die Entzündung hier noch nicht zu weit vorgeschritten ist.

Imbert (Montpellier): Recherches expérimentales sur les greffes de capsules surrénales dans le rein.

I. hat die von deutschen Autoren aufgestellte Theorie von der Entstehung bestimmter Nierengeschwülste von versprengten Nebennierenkeimen aus experimentell an Hunden nachzuprüfen versucht, in deren Nieren er ihre eigenen Nebennieren einpflanzte. Er hat neben negativen Resultaten einige Male insoweit positive erreicht, als er an Stelle des Impfstückes ein den Pseudolipomen der Niere ähnliches Fettgewebe und in einem zweiten Falle eine mit Epithel ausgekleidete Cyste entstehen sah.

Tuffier: A propos de la nephrolithotomie.

T. empfiehlt im Gegensatz zu Neuerungen das früher von ihm angegebene Operationsverfahren: einen so nahe wie möglich an die 12. Rippe herangerückten Schrägschnitt, stumpfe Durchtrennung der Muskelschichten entsprechend ihrem Faserverlauf und den Sectionsschnitt auf der Höhe der Convexität der Niere, nicht, wie mit Rücksicht auf die Gefäßverhältnisse von Deutschland aus empfohlen wurde, einen Finger breit nach rückwärts davon angelegt.

Pousson: Hydronéphrose par calcul du bassinet.

Krankengeschichte eines durch 15 Jahre sich hinziehenden, mit schweren Hämaturien verbundenen Falles von linksseitiger Hydronephrose, bei welchem der Nierentumor, abweichend von der gewöhnlichen Senkung, vollständig unter dem Rippenbogen verborgen blieb.

Desnos: Pyonéphrose consécutive à une grippe. Nephrolithotomie.

D. hat im Anschluß an eine Influenza eine Pyonephrose sich schnell entwickeln sehen. Das Nierenbecken enthielt bei der Operation einen großen Uratstein, so daß anzunehmen ist, daß hier eine Streptokokkeninfection sich an das Steinleiden angeschlossen hat.

Tédenat: Lithotritie en une séance.

T. ist ein erklärter Anhänger der Lithotripsie, für die nach ihm weder eine Prostatahypertrophie, noch eine Infection der Blase, noch das Volumen des Steines eine Contraindication bilden.

Albarran: Radiographie des calculs des reins.

A. legt die Röntgenaufnahmen dreier Fälle von Nierensteinen vor, welche in zwei Fällen die Nierensteine beider Nieren nachwiesen, wie die Operation bestätigte. Julius Jacobsohn (Berlin).

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Prof. Tuffier (Paris): **Appareil urinaire. Reins — Uretères — Vessie. Capsules surrénales.** (Extrait du traité de chirurgie. Tome VII. Masson et Cie., Paris 1899.)

Schon auf dem internationalen medicinischen Congreß zu Moskau documentirte sich der gewaltige Aufschwung des Specialfaches der Urologie, ganz besonders der operativen Urologie. Die chirurgische Section des bezeichneten Congresses hatte bekanntlich als einen der ersten Gegenstände ihrer Verhandlungen die Chirurgie der Harnorgane gewählt und damit die Sitzungstage vom 21. und 22. August fast vollständig ausgefüllt. Und wenn das Dargebotene damals zum größten Teil das Gebiet der Nierenchirurgie betraf, so war es auch ganz in der Ordnung, denn die Nierenchirurgie ist im wahren Sinne des Wortes eine Errungenschaft der Neuzeit, eine Chirurgie fin du siècle, wie Obalinski sagte, und es ist durchaus natürlich, daß die Chirurgen sich mit Vorliebe dieses neuen und, wie schon die ersten Schritte zeigten, auch dankbaren Gebietes der Chirurgie angenommen haben und dies auch jetzt noch thun. Unter den damaligen namhaften Rednern war es auch Tuffier, der am 22. August 1897 in die Verhandlungen eingriff und einen Bericht über 156 eigene Operationen an Niere und Ureter erstattete. Nunmehr liefert Tuffier einen weiteren Beleg für die mit Riesenschritten fortschreitende Entwicklung der Chirurgie der Harnwege, indem er das vorliegende Werk, einen mächtigen Band von über 700 Seiten Lexikonformats, der Oeffentlichkeit übergiebt, der ausschließlich die Chirurgie der

Harnorgane behandelt. Wie aus der Ueberschrift ersichtlich, zerfällt das Buch in vier Teile. Der erste (Seite 1—412) behandelt die Chirurgie der Niere und nimmt, wie aus den eingeklammerten Zahlen hervorgeht, den größeren Teil des ganzen Werkes für sich in Anspruch. Der zweite Teil (S. 412—467) behandelt die Chirurgie der Ureteren, der dritte (S. 467—696) die der Harnblase, während der letzte Teil, der mehr als Anhang betrachtet werden kann, auf die Nebennieren entfällt.

Vergleicht man den Vortrag des Verfassers auf dem Moskauer Congreß mit dem ersten Teil des vorliegenden Werkes, welche beide sich mit der Nierenchirurgie beschäftigen, so zeigt sich sofort, daß Verf. in den verflossenen zwei Jahren sich auch der neuesten Untersuchungsmethoden, der Cystoskopie und des Ureterkatheterismus, bedient hat. Er geht auf die genannten Untersuchungsmethoden ausführlich ein, und es dürfte gerade jetzt, wo von mancher Seite denselben größere Bedeutung abgesprochen wird, nicht nur von Interesse, sondern auch von weitgehender practischer Bedeutung sein, in der Frage des Wertes der Cystoskopie und des Ureterkatheterismus ein Urteil von so autorativer Seite zu vernehmen. Tuffier hält sehr viel von dem practischen Wert der fraglichen Untersuchungsmethoden: nicht nur, weil dieselben im Allgemeinen eine leichtere und sicherere Diagnose gestatten, sondern auch, weil sie in gewissen Fällen unumgänglich notwendig sind, indem nur durch sie die Diagnose gestellt und somit das therapeutische Vorgehen bestimmt werden könne. Um sich einen Begriff davon zu machen, welch' hohe Bedeutung Tuffier beispielsweise dem Ureterkatheterismus beimißt, braucht man nur folgende Worte auf Seite 150 zu lesen: „Der Ureterkatheterismus ist namentlich in Verbindung mit der Methylenblauprobe ein diagnostisches Mittel, dessen Wichtigkeit nur von denjenigen in Abrede gestellt werden kann, die die Anwendung desselben nicht verstehen." Aehnliche Bemerkungen finden sich auch an anderen Stellen des Werkes, z. B. auf Seite 302, wo es gilt, die functionelle Kraft der zweiten Niere bei tuberculöser Erkrankung der einen zu bemessen.

Im Allgemeinen darf man sagen, stimmen T.'s Anschauungen mit denen unserer deutschen Chirurgen und Urologen überein. Sein Buch zeugt von großer Erfahrung und gediegenem Wissen; es dürfte eines der besten sein, die wir über Chirurgie der Harnorgane besitzen. Casper.

1. Dr. Ernst Hoerschelmann (Referent), Dr. Ernst Blessing (1. Correferent) und Dr. Ernst Masing (2. Correferent): **Zur Frage der sexuellen Hygiene.** (St. Petersburger med. Wochenschrift 1899, No. 39, 40 u. 41.)
2. Dr. J. Assmuth: **Nachschrift zu obigen Referaten.** (Ibid. 1899, No. 41.)

Hoerschelmann betont in erster Linie, daß die Frage der sexuellen Hygiene bezw. des Kampfes gegen die Unsittlichkeit auch ihre rein medicinische Seite hat. Die Aufgabe der Aerzte bestehe ja darin, führte er aus, für die Gesundheit der Menschen zu sorgen, wo sie geschädigt ist, sie wieder

herzustellen und solchen Schädigungen nach Kräften vorzubeugen; durch die Unsittlichkeit könne die Gesundheit der Menschen nicht nur geschädigt werden, sondern sie sei auch in grauenerregender Weise geschädigt worden. Es sei in Folge dessen eine nicht von der Hand zu weisende Pflicht und Aufgabe des ärztlichen Standes, wie in Betreff jeder anderen verheerenden Seuche, so auch hier sich mit allen Kräften an dem Kampf zu beteiligen. Zunächst wäre es die Aufgabe des Arztes, nach Kräften das Laienpublikum über die verderblichen Folgen eines unsittlichen Lebens aufzuklären, nach der anderen Seite aber, falls er selbst der Ansicht ist, daß ein enthaltsames Leben die Gesundheit nicht schädigt, wohl aber erhält, mit dieser seiner Ansicht nicht zurückzuhalten, sondern offen und mannhaft hervorzutreten. Leider gehen bezüglich des zweiten Punktes die Ansichten der einzelnen Aerzte, ob ein enthaltsames, keusches Leben ohne Schaden für den Organismus geführt werden kann, auseinander, und es wäre von großer Bedeutung, sich über ein einheitliches Vorgehen in dieser Angelegenheit zu verständigen. Zu diesem Punkt müsse die Frage der sexuellen Hygiene in den ärztlichen Kreisen und Vereinen zur Discussion gebracht werden, vor Allem müsse man die Scheu, mit der die ganze Angelegenheit betrachtet wird, fallen lassen. Selbst durch und durch davon überzeugt, daß die Keuschheit die Gesundheit erhalte, sucht H. diese Ueberzeugung auch seinen Zuhörern bezw. Lesern beizubringen. Er bringt längere Citate aus den Werken von Kurnig, Henry Varley, Björnson, Ribbing, Forel, Krafft-Ebing, Rubner, Oesterlin, Lionel S. Beale, Paget, Acton Hamond, Hegar und Eulenburg, welche einerseits bekunden, daß dem ärztlichen Stande von verschiedenen Seiten Vorwürfe wegen seines bisherigen Schweigens in dieser Sache gemacht worden sind, andererseits, daß die Ansicht, daß ein sittlicher Lebenswandel und geschlechtliche Enthaltsamkeit der Gesundheit schädlich sei, falsch ist. Hierauf geht H. auf die Frage der Onanie ein und hebt vor Allem hervor, daß die Gefahren derselben gewiß nicht so groß sind, wie sie von mancher Seite dargestellt oder auch geglaubt werden. Die rein pädagogische Behandlung der Onanie müsse zwar in erster Reihe in den Händen der Eltern und Erzieher liegen; aber auch die Aerzte vermögen hier viel. Es wäre deshalb Pflicht der letzteren, viel mehr, als es bis jetzt geschehen ist, dafür zu sorgen, daß die heranwachsende Jugend von den dazu berechtigten und berufenen Personen aufgeklärt und vor den schädlichen Folgen der Selbstbefleckung gewarnt würde. Betreffend die vielfach verbreitete Anschauung, als ob gegen das Laster der Onanie im Coitus ein Heilmittel gegeben sei, führt H. zwei Urteile von Fürbringer und Hoffmann an, aus welchen hervorgeht, daß der Versuch, Onanisten durch Empfehlung des außerehelichen geschlechtlichen Verkehrs von ihrem Laster zu befreien, eine bedenkliche Lösung des Dilemma sei, die in ihren Eventualitäten reichlicher erwogen werden sollte, als dieses seitens gewisser Aerzte geschieht, andererseits, daß dieses Mittel bisweilen den erwünschten Erfolg nicht hat, so daß beispielsweise Manche selbst bei regstem geschlechtlichen Verkehr von ihrem Laster nicht lassen können. Am Schluß seines

Vortrages spricht H. die Ansicht aus, daß die so zahlreichen Urteile hervorragendster Autoritäten jeden Arzt zur Klarheit darüber zu bringen vermögen, welche Stellung er der ganzen Frage gegenüber einzunehmen hat. Ist er aber dieser seiner Stellung sich klar geworden, ist er der Ueberzeugung, daß in der Regel die sexuelle Abstinenz keine schädlichen Folgen für den Betreffenden nach sich zieht, dann muß er auch dementsprechend handeln, d. h. bei jeder Gelegenheit, die sich ihm nur bietet, seiner Ansicht Geltung zu verschaffen suchen. Auf diese Weise nur kann das Laienpublikum wenigstens nach und nach zur Kenntnis dessen gelangen, wie der Arzt über diese Frage urteilt und es wird dann nicht mehr oder nur in seltenen Fällen vorkommen, daß zur Entschuldigung und zur Rechtfertigung eines unsittlichen Lebenswandels die Autorität der Aerzte in Anspruch genommen werden kann.

In Erwartung, daß die angeregte Frage der Gegenstand einer Discussion werden würde, formulirt H. dieselbe in folgenden Thesen: 1. Es ist nicht nachgewiesen und durch ärztliche Erfahrung nicht begründet, daß die geschlechtliche Enthaltsamkeit der Gesundheit eines körperlich und seelisch normalen jungen Mannes oder Mädchens schädlich ist. 2. Die geschlechtliche Enthaltsamkeit begünstigt unter sonst normalen Verhältnissen nicht die Entwicklung der Onanie und Masturbation. 3. Es ist vom ärztlichen Standpunkt nicht gerechtfertigt, einem körperlich und seelisch gesunden jungen Mann zur Wahrung seiner Gesundheit die Ausübung des außerehelichen Beischlafes anzuraten oder dieselbe auch nur gut zu heißen.

Blessing identificirt sich als erster Correferent mit dem Vorredner und meint, daß die Aerzte die Pflicht haben, die Bestrebungen der Pädagogen, Geistlichen und anderen Gebildeten, die gegen die notorische Unsittlichkeit ankämpften, zum mindesten nicht zu hindern, was die Aerzte aber thun, wenn sie schweigen. B. geht von der Thatsache aus, daß es noch heute körperlich und geistig gesunde Männer giebt, die bis zu ihrer mit 25 oder 30 Jahren erfolgten Verheiratung geschlechtlich intact geblieben sind und auch der Onanie nicht gefröhnt haben. Solche Fälle sollten die Norm sein, nicht die Ausnahme, wie sie es thatsächlich sind. Größtenteils geschieht es, daß die jungen Männer in der Voraussetzung, daß sie erst mit 25 oder 30 Jahren werden heiraten können, schon mit 18 oder mit 17 Jahren anfangen, geschlechtlichen Verkehr zu pflegen. Horrend ist die Zahl derjenigen, welche dabei syphilitisch oder gonorrhoisch inficirt werden. Die allermeisten haben dem ersten Trieb von vornherein gar keinen Widerstand entgegengesetzt, weil ihnen von Altersgenossen und älteren Beratern unter Berufung auf das Urteil von Aerzten gesagt wurde, daß sie ihre Gesundheit schwer schädigen, wenn sie sich enthalten, daß sie dann unfehlbar der Onanie verfallen würden etc. Bevor aber ein Arzt ein derartiges Urteil abgiebt, muß er sich selbst über die thatsächlichen physischen Wirkungen der Abstinenz klar werden. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend, hält auch B. für höchst geboten, daß die ärztlichen Kreise der Frage der ärztlichen Hygiene näher treten.

Masing nimmt an der Frage, ob sich Vorzüge oder Nachteile für die Gesundheit von unverheirateten Menschen erkennen lassen, wenn sie sich strenger Keuschheit befleißigen, in der Weise teil, daß er den Wert solcher Keuschheit als Schutzmittel gegen venerische Krankheiten betrachtet. Er suchte folgende drei Fragen zu beantworten: 1. Sind die venerischen Krankheiten so ernste, daß Präservative dringend wünschenswert erscheinen? 2. Ist die Keuschheit wirklich ein sicheres Mittel gegen venerische Infection? 3. Wenn es sich als Präservativ bewährt — giebt es nicht ähnlich wirksame Maßregeln gegen dieselbe? Daß die erste Frage positiv beantwortet wird, versteht sich von selbst. Bezüglich der zweiten Frage gipfeln die Ausführungen des Verfassers in folgendem Satze: Wenn auch die Keuschheit nicht absolut vor diesen Krankheiten schütze und auch Fälle von extragenitaler Infection vorkommen können, so vervielfache doch die Unkeuschheit die Gefahr der Infection außerordentlich, und es bestehe kein Zweifel, daß durch die Keuschheit nicht nur einzelner Individuen, sondern großer Gruppen von Menschen die venerischen Krankheiten außerordentlich abnehmen müssen. Bezüglich der dritten Frage äußert sich M. dahin, daß das Bestreben, der Ausbreitung der venerischen Krankheiten durch sanitätspolizeiliche Ueberwachung der Prostitution Einhalt zu thun, kaum jemals Besserung der Zustände würde herbeiführen können.

In einer Nachschrift geht Assmuth besonders ausführlich auf den von dem Referenten am wenigsten berücksichtigten Punkt, namentlich auf die Auffassung des Coitus als Heilmittel ein. Die Meinung, daß unter gewissen Umständen der Coitus als Heilmittel, ja als einzig rationelles Mittel zu fungiren habe, verdankt nach A. ihre Entstehung offenbar der Beobachtung, daß wirklich oder nur scheinbar sexuelle kranke Individuen gar nicht selten nach Ausübung des Coitus eine Zeit lang von ihren sogenannten Leiden befreit sind. Aber das vermeintliche Heilmittel muß in immer kürzeren Intervallen wieder und wieder angewandt werden und wird bald zum Selbstzweck und endlich zum unentbehrlichen Genußmittel, wie das Morphium dem Morphinisten. Im besten Fall leistet das Mittel nicht mehr als eine Dosis Ricinusöl bei habitueller Constipation, d. h. es schafft momentane Erleichterung, welcher in der Regel eine Verschlimmerung des Uebels folgt. Hier wie dort kann neben gelegentlicher Medication nur eine durchgreifende Reform der Diät und des Regimes Hilfe schaffen. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um sogenannte allgemeine Schwäche: bleiche Gesichtsfarbe, unmotivirtes Müdigkeitsgefühl, mangelhafter Appetit und Schlaf ohne irgend welche Beschwerden von Seiten der Sexualsphäre. Das subjective Schwächegefühl steht übrigens hier wie auch sonst so häufig in auffallendem Gegensatz zu der dynamometrisch schon festgestellten oder feststellbaren, oft recht bedeutenden Muskelkraft. In solchen und ähnlichen Fällen wird ohne Weiteres Masturbation als geheime Ursache des Zustandes supponirt und da hilft ja, heißt es dann gleich weiter, nur der Coitus. A. hat nun die Ueberzeugung, daß in solchen Fällen allerdings zuweilen Masturbation eine Rolle spielt, daß aber die psychische Seite der Sache hier viel mehr in

das Gewicht fällt, als die physische, daß es wesentlich die ungezügelte Phantasie ist, die den Schaden anrichtet, also das, was man als psychische Onanie bezeichnen darf. Leute, die, ob hereditär belastet oder wegen zu laxer Erziehung, an solcher Zuchtlosigkeit ihrer Phantasie leiden, knüpfen an den Coitus, den sie mit unnatürlichem Raffinement ausführen, eben wieder endlose Serien wollüstiger Gedankenbilder, und was ihnen zum Heilmittel werden sollte, wird ihnen zum Fluch. Gegen solche krankhafte Richtung der Phantasie giebt es nach A. nur ein Heilmittel, und das ist physische Arbeit bis zur Erschöpfung, die dann tiefen, gesunden Schlaf zur Folge hat. Dasselbe Mittel muß auch gegen die Masturbation angewandt werden, deren böse Folgen übrigens maßlos übertrieben werden, zum Teil, um damit die Erlaubnis (resp. den Rat) zum Coitus scheinbar wissenschaftlich zu motiviren. Eine größere Gruppe adolescenter Kranker kommt mit der ausgesprochenen Klage, der Geschlechtstrieb sei in ihnen so übermächtig, daß sie sich nicht anders zu helfen wüßten, als durch den Coitus, den aber fürchteten sie, da sie schon schlechte Erfahrungen gemacht, sich schon inficirt hätten. Wären diese Jünglinge gleich von vornherein zu strammer Selbstzucht angehalten worden und zu ableitender körperlicher Bewegung oder Arbeit, statt sie dem zu immer häufigeren Recidiven führenden, an sich schon gefährlichen Mittel in die Arme zu treiben, so hätte die Libido nie solche Grade erreicht. Aber auch unter solchen Umständen gelingt es, Leuten, die wirklich gesund werden wollen und nicht nur, wie unzählige Patienten, das selbstverordnete, ihnen convenirende Mittel vom Arzt sanctionirt zu sehen wünschen, wesentlichen Nutzen zu bringen; doch bedarf es dazu natürlich außer der local-mechanischen noch einer energischen psychisch-pädagogischen Behandlung, wo nötig und möglich in geschlossener Anstalt. Lubowski.

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Dr. Martin Cohn: **Ueber Fixation und Conservirung von Harnsediment.** (Zeitschr. f. klin. Medicin 1899, Bd. 38, H. 1—3.)

Die vom Verf. zur Fixation und Conservirung von Harnsediment ausgearbeitete Methode beruht auf einer Combination einer rasch auf dem Deckglas ausführbaren Fixationsweise mit darauffolgender Färbung, die die Herstellung von Präparaten gestattet, welche sich auf lange Zeit hinaus ebenso farbenschön erhalten, als sie sich dem Auge unmittelbar nach ihrer Anfertigung darbieten. Dem Verf. kam es wesentlich darauf an, das etwa vorhandene Fett zur Darstellung zu bringen, sowie auch einen genügenden Ueberblick über die Kernverhältnisse der Zellen zu gewinnen. Er hat geflissentlich eine Fixation des Sediments durch die Hitze vermieden, weil erfahrungsgemäß durch eine solche das sich vorfindende Fett zerstört, sowie

zartere Cylindergebilde deformirt, wenn nicht aufgelöst werden; auch lassen sich bei Hitzefixation Bildungen von Salzkrystallen, die das mikroskopische Bild sehr beeinträchtigen können, kaum vermeiden; namentlich gilt dies für die langverzweigten Büschelformen der Kochsalzkrystalle. Er empfiehlt daher folgendes Vorgehen:

1. Aufstreichen des in die Pipette aufgesaugten Sediments auf sorgfältig gereinigte Deckgläschen.

2. Das aufgestrichene Sediment leicht lufttrocken werden lassen. Deckgläschen mit angetrocknetem Sediment kommen sodann für ca. 10 Minuten in eine Schale mit 10proc. Formalinlösung; dabei ist stärkeres Schütteln zu vermeiden, weil ein solches einen Teil des Sediments herunterzuspülen vermag.

3. Nach kurzem Auswaschen in Wasser Einlegen in eine concentrirte Lösung von Sudanfarbstoff in 70proc. Alkohol für ca. 10 Minuten; darauf kurzes Abspülen in 70proc. Alkohol ($^1/_2$—1 Minute).

4. Nachfärben mit Hämatoxylin oder Alaun-Cochenille (am besten Hämatoxylin Ehrlich). Abspülen in Wasser.

5. Einschließen in Glycerin.

Die auf solche Weise in kurzer Frist gewonnenen Präparate halten sich lange Zeit unverändert, sofern man nur die Verdunstung des Glycerins durch eine luftdicht abschließende Kittmasse (am besten Deckglaskitt nach Prof. Krönig) hindert. Einschluß in Balsam ist unstatthaft, weil sowohl der hier zur Verwendung gelangende Alkohol. abs. wie die gebräuchlichen Aufhellungsmittel das Fett aus den Präparaten extrahiren würden und sich auch eine Schrumpfung der Formelemente durch die Alkoholwirkung nicht verhindern läßt. Sodann ist eine Behandlung mit Anilinfarbstoffen wegen ihrer Diffusion in die Conservirungsflüssigkeit nicht angebracht.

Lubowski.

Theodore William Schaefer (Kansas City, Mo.): **Facts and Fallacies in Uranalysis.** (Medical Record, 16. September 1899.)

Die Deutung urinharnanalytischer Untersuchungen ist, besonders seitens des allgemeinen Practikers, keine so exacte, daß nicht bisweilen Irrtümer unterlaufen. Verf. macht auf einige dieser Täuschungen bedingende Punkte aufmerksam. Die Kochprobe, eine der ältesten Proben zum Nachweis des Eiweißes, ist eine unwissenschaftliche Methode, auf die man sich nicht immer verlassen sollte. Setzt man zu wenig Säure zu einem erhaltenen Kochniederschlag, so braucht sich dieser, wenn er aus phosphorsaurem Kalk besteht, nicht wieder völlig aufzulösen und kann dann leicht für Albumen gehalten werden. Der Zusatz von nur wenig Salpetersäure bedingt eine Verbindung dieser mit dem Eiweiß zu Syntonin, welches durch Hitze nicht coagulirt wird. Ebenso geht es mit physiologisch zu saurem Urin. Den Irrtümern läßt sich aus dem Wege gehen, indem man die Kochprobe aufgiebt und eine der anderen Reactionen (mit Acid. nitric., mit Picrinsäure, mit Ferrocyankali und Eisessig) anstellt. Was die Bedeutung der Phosphate

im Urin betrifft, so ist unsere Kenntnis über die Ausscheidung der Phosphorsäure erst im Werden begriffen; die Ursachen für die schwankenden Mengen sind noch sehr dunkel. Aus der Bestimmung der absoluten Menge der Phosphate läßt sich irgend ein wichtiger Schluß nicht ziehen, denn der größere Teil stammt aus der Nahrung. Eine klinische Bedeutung kommt ihnen nicht zu, die Bestimmung ihrer Gesamtmenge nützt nur dem Analytiker, nicht dem Kranken. Die Harnsäure, die eine so große Rolle heute in der Erklärung von Krankheiten spielt als „fons et origo mali", ist nach S. ein sehr fraglicher Factor für die Erklärung eines Leidens; es wird nicht mehr lange dauern, und wir werden alle Hypothesen, die auf dem quantitativen Harnsäuregehalt des Urins aufgebaut sind, aufgeben müssen. Weiter ist auf das sogenannte Ziegelmehlsediment des Urins nicht viel Gewicht zu legen. Nach neueren Forschungen ist auch die Gicht nicht bedingt durch die Anwesenheit von Harnsäure im Urin. Oxalsaurer Kalk findet sich fast in jedem Urinsediment, ohne daß ihm eine pathologische Bedeutung zukommt. Der Zuckernachweis mit Fehling'scher Lösung hat in Folge der Unhaltbarkeit des Reagens etc. seine Unannehmlichkeiten Ueber die Bedeutung der Cylinder und der Epithelien der Harnwege im Harn teilt Verf. die heute allgemein anerkannten Anschauungen. Zum Schluß seiner interessanten Ausführungen teilt S. die Meinung von v. Jaksch, daß der Ehrlichschen Diazoreaction keine klinische Bedeutung zukommt; er erhielt positiven Ausfall der Reaction bei ganz gesunden Personen.

Blanck (Potsdam).

Lannois et Mayet: **Albuminurie post-paroxystique dans l'épilepsie convulsive.** (Lyon médical 1899, 28/29.)

Die Autoren kommen nach 400 Analysen des Harns nach epileptischen Anfällen bei 50 Patienten und unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur (35 Arbeiten) zu folgenden Schlüssen:

1. Bei der Mehrzahl der Epileptiker kommt es nach den Anfällen zu einer vorübergehenden Eiweißausscheidung. 2. In 55 pCt. der Anfälle ist die Albuminurie nicht nachzuweisen; doch ist sie nur kurze Zeit vorhanden, da sie zu den Umständen des Anfalls in Beziehung steht; manche Kranke scheinen sie nie, andere nach jedem Anfalle zu haben. 3. Der Nachweis des Eiweiß im Harn nach Anfällen kann in manchen Fällen von Wichtigkeit für die Diagnose sein. 4. Die Ursachen der Eiweißausscheidung können vielfache sein; die wichtigsten sind die Störungen der Circulation, denn die Albuminurie scheint deutlich von der Intensität des asphyktischen Stadiums abzuhängen. Die Verlangsamung der Herzaction während der tonischen Krämpfe mit der Verengerung der Vasomotoren und dem hohen Druck, welcher daraus im Venensystem resultirt, sind die günstigsten mechanischen Bedingungen für die Passage des Eiweiß durch das Nierenfilter.

Mankiewicz.

Alb. Hammerschlag: **Ueber Culturversuche mit besonderen, im Innern des Harntractus Diabetischer gefundenen Bacillen.** (K. k. Ges. der Aerzte in Wien. Wiener med. Blätter 1899, No. 51.)

H. berichtet über Culturversuche mit obengenannten Bacillen, welche auf Nährböden schleimige Massen bilden. Die subcutane Injection dieser Culturen ruft bei Versuchstieren langdauernde Glycosurie mit einem Zuckergehalt des Harns von 1—2 pCt. hervor. Die Erforschung dieser Mikroorganismen ist aber bisher noch nicht abgeschlossen.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Töpfer: **Erzeugung von Glycosurie vom Darm aus.** (Vortr. in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 15. Dec. 1899. Wiener med. Blätter 1899, No. 51.)

Vortr. hat bereits im Jahre 1895 in bezeichneter Richtung Versuche angestellt, welche ergaben, daß die Injection von Dünndarminhalt Diabetischer unter die Haut bei Kaninchen Glycosurie hervorruft; dies tritt nicht ein, wenn Darminhalt Gesunder injicirt wird. Es wurde damals die Hypothese aufgestellt, daß die Glycosurie durch einen vom Darm stammenden Stoff bedingt ist, welcher bei Gesunden durch die Thätigkeit des Pancreas zerstört wird. Von anderen Forschern wurden analoge Resultate mit der Injection des Harns Diabetischer erzielt. Die Versuche, das wirksame Agens auf physikalischem oder chemischem Wege zu isoliren, mißlangen, es muß aber leicht diffundirbar und resorbirbar sein. In einer neuen Reihe von Versuchen wurde Hunden in den eröffneten Dünndarm der Darminhalt eines Diabetikers injicirt; gleich darauf stellte sich bei den Versuchstieren 2—3 Tage Glycosurie mit 1—1,5 pCt. Zucker im Harn ein, was bei Einspritzung des Darminhaltes Gesunder nicht der Fall war. Nach 6 bis 14 Tagen stellte sich nochmals Glycosurie ein, welche Wochen und Monate lang dauerte und mit einem Zuckergehalt des Harns bis zu 0,9 pCt. einherging. Polydipsie oder Autophagie wurde dabei bei den Tieren nicht beobachtet; die Glycosurie blieb auch bei Fettdiät bestehen. Wurde der Dünndarminhalt Diabetischer in den Magen eingeführt, so war der Effect wie bei Einverleibung in den Dünndarm. Aus den Versuchen ist zu schließen, daß der Dünndarminhalt Diabetischer die Zuckerbildung anregende Eigenschaften besitzen muß; die erste kurze Periode der Glycosurie ist auf die directe Einführung des Giftes zurückzuführen, die zweite bedarf noch der Erklärung.

Lubowski.

Prof. Winternitz und Doc. Strasser: **Strenge Milchkuren bei Diabetes mellitus.** (Centralbl. f. innere Medicin 1899, No. 45.)

Die Verfasser stellen auf Grund ihrer Untersuchungen, über die demnächst ausführlich berichtet werden soll, folgende Thesen bezüglich der Milchkuren bei Diabetes mellitus auf.

1. Eine strenge Milchkur macht in kürzester Zeit, meist schon nach 48 Stunden, die Mehrzahl der Diabetiker zuckerfrei oder vermindert zum mindesten die Zuckerausscheidung sehr beträchtlich.

2. Es gilt dies sowohl für die bei jugendlichen Individuen vorkommenden, meist für sehr schwer gehaltenen Diabetesformen, als auch für die bei sehr fettleibigen Personen oder nach Trauma oder Shok auftretenden Zuckerkrankheiten. Auch Fälle, die bei strenger Diabetesdiät und nach Karlsbader Kuren nicht zuckerfrei wurden, zeigten unter strenger Milchkur eine weitere Abnahme, selbst vollständiges Verschwinden der Zuckerausscheidung durch den Harn.

3. Bei mit Albuminurie und Nephritis verbundenem Diabetes sahen die Verfasser bald nach dem Verschwinden des Zuckers aus dem Urin auch die Albuminurie abnehmen und in einigen Fällen verschwinden.

4. In manchen Fällen sieht man bei strengster Milchkur nach Schwinden oder bloßer Abnahme der Zuckerausscheidung Aceton im Urin auftreten, oder, falls es vorhanden war, zunehmen.

5. In manchen Fällen tritt nach Zugabe von Fleisch zur Milch bei dem Uebergang von der Milchkur zur gemischten Diät der bereits vollständig verschwundene Zucker in mehr oder weniger großer Menge wieder auf. Die Einleitung einer neuerlichen strengen Milchkur bringt ihn wieder zum vollständigen Verschwinden.

6. Bei dem Uebergang von strenger Milchkur zur gemischten Diät ist es noch nicht mit Sicherheit zu entscheiden, ob die Zugabe von grünen Gemüsen und Cerealien nicht einer solchen von Fleisch vorzuziehen sei.

7. Einzelne Diabetiker wurden durch die Milchkur vollständig geheilt und bleiben es bei gemischter Kost mit reichlicher Zufuhr von Amylaceen.

8. Meist findet bei der Milchkur im Anfang eine ganz unwesentliche Abnahme des Körpergewichts statt, bald tritt Stillstand der Abnahme und selbst ein Ansteigen des Körpergewichts ein.

9. Das Assimilationsvermögen für Kohlehydrate anderer Provenienz ist kein Maßstab für die Assimilation des Milchzuckers bei strenger Milchkur.

Lubowski.

Lépine: **Pepton bei Pancreasexstirpation.** (Société de med. de Lyon, April 1899.)

L. demonstrirte einen Hund, welchem das Pancreas exstirpirt worden war; trotzdem war derselbe nicht diabetisch geworden, weil subcutane Injectionen von Pepton die Glycosurie hintangehalten haben.

Mankiewicz.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Sigm. Mirabeau: **Lymphangoitis gonorrhoica. Ein Beitrag zur Impfinfection mit Gonokokkeneiter.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 41.)

Bei der Operation eines Dammrisses einer an Uterusgonorrhoe leidenden Patientin hatte sich Verf. in die linke Daumenkuppe gestochen. Von dieser Stichwunde aus entwickelte sich eine schmerzhafte Lymphangoitis. Inzwischen hatte sich an der Einstichstelle ein circa stecknadelkopfgrosses Pustelchen gebildet, dessen hämorrhagisch-purulenter Inhalt typische Gonokokken enthielt. Immerwahr (Berlin).

Mingopoulo: **Essai sur les complications générales de l'infection gonococcique.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 12. Juli 1899.)

In zwei Eällen von Arthritis bei Gonorrhoe wurden Gonokokken im Gelenkinhalt gefunden, in einem dritten Fall wurden sie vermißt. Gonokokken können zweifellos mit dem Blutstrom verschleppt werden und so eine Anzahl Complicationen erregen. Dieselben Complicationen können aber auch allein durch die Gonokokkentoxine entstehen. Das beweist nicht nur das Fehlen der Gonokokken in diesen Fällen, die allenfalls durch secundäre Infection oder geringe Virulenz bis zum Versuche ihres Nachweises zu Grunde gegangen sein könnten, sondern noch mehr der günstige Effect der Localbehandlung der Urethritis. Dreyer (Köln).

Pelisse: **Les récidives dans le rhumatisme blennorrhagique.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 8. Febr. 1899.)

P. macht aus der Recidivfähigkeit des gonorrhoischen Rheumatismus ein Characteristicum desselben. Doch kann der Rheumatismus bei einer ersten Gonorrhoe fehlen und bei einer zweiten auftreten. Bei schweren Rheumatismusformen sind Rückfälle, Recidive oder Verschlimmerungen bei jedem frischen Ausfluß die Regel. Nach mehreren Recidiven nimmt die Arthritis, die zuerst unter der Form der Pseudophlegmone der Finger auftrat, die Form der pseudoknotigen, progressiven deformirenden Polyarthritis an.
Dreyer (Köln).

P. Capellini: **Sopra un caso di vegetazioni primitivi dell' urethra dell' uomo (condilomata urethrae).** (Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle 1898, IV, 502.)

Ein 32jähriger Mann bekam einige Jahre nach mehreren Gonorrhoen Harnbeschwerden, ein Tropfen wurde immer zurückgehalten und näßte später ,der Strahl war gewunden und gespalten, ein catarrhalischer Ausfluß

stellte sich ein. Von anderer Seite auf Stricturen mit Dilatation, welche jedes Mal Blutung verursachte, behandelt, kommt er in's Krankenhaus. Die urethroskopische Untersuchung ergiebt eine 20 mm lange blaßrötliche, weiche Wucherung in der Fossa navicularis; die einzelnen Teile derselben sind gestielt oder breit aufsitzend, hirse- bis hanfkorngroß. Das Secret enthielt Epithelien, Leukocyten, Bacterien, aber keine Gonokokken. Die Condylome wurden mit der Mucosa exstirpirt und zeigten unter dem Mikroskop das Bild der vergrößerten Papillen mit einer Hypertrophie und Hyperplasie der Epithelien und des subepithelialen Gewebes; die Capillaren der Papillen waren erweitert. Bei geeigneter Färbung konnte man viele Epithelien, in der Karyokinese begriffen, erkennen. Mankiewicz.

Dr. Krösing: **Ueber die Beteiligung der Prostata am gonorrhoischen Process.** (Vortrag im wissenschaftlichen Verein der Aerzte zu Stettin. Berl. klin. Wochenschr. 1899, No. 40.)

Vortr. geht vornehmlich auf die chronischen Formen der von der Gonorrhoe veranlaßten Prostatacatarrhe ein, die zahlreiche nervöse Störungen zur Folge haben, sowie auch die Potenz wesentlich beeinflussen können. Das Secret der chronischen Prostatitis ist verschieden zusammengesetzt, je nachdem der Catarrh nur ein oberflächlicher ist und nur das Epithel der Prostatacanäle ergreift oder auch das subepitheliale oder gar parenchymatöse Bindegewebe befallen hat, in welchem Falle Eiterkörper auftreten. Letzteres ist von schwerwiegender Bedeutung für die Potentia generandi, da ein so entartetes Prostatasecret die die Spermatozoen belebenden Eigenschaften des normalen Secrets nicht mehr besitzt. Die Infiltration der Canälchenwandungen schwächt den Tonus der Musculatur derselben; dieselben werden allmählich insufficient, bei erhöhtem intraabdominalen Druck (Miction, Defäcation) das Prostatasecret zurückzuhalten — Prostatorrhoe. Die mit chronischer Prostatitis fast immer vergesellschaftete chronische Urethritis post. führt anfänglich durch nervöse Reizung der in der Schleimhaut der Pars posterior eingebetteten, äußerst zahlreichen nervösen Elemente, die zum Erectionscentrum fortgeleitet werden, zu gehäuften Erectionen und Pollutionen, im Laufe der Zeit jedoch durch Erschöpfung des Centrums zu Impotentia coeundi. Dieselben anfänglichen nervösen Reizungen der Pars post. teilen sich dem Plexus hypogastricus und pudendalis mit, was zu Neurosen der verschiedensten Art, und zwar zunächst zu Neurasthenia sexualis, dann zu spinaler und endlich allgemeiner Neurose führt. Die gehäuften Pollutionen und die Spermatorrhoe sind hier also nicht Ursache der Impotenz, sondern Symptome eines zu Impotenz führenden Krankheitsbildes.

Die Prognose der Impotenz auf dieser Grundlage ist nicht schlechter als die der anderweitig verursachten (Onanie). Doch hat eine Localbehandlung nur Erfolg, wenn thatsächlich Reste von Gonorrhoe nachweisbar sind. Instillationen in die Pars posterior nach Guyon oder Ultzmann mit Arg. nitr. Cupr. sulf., Jodjodkalium in verschiedener, steigender Concentration, die Metallsondenkur, Applicationen von Kälte mittelst Winternitz's

Psychrophor oder Arzberger's Kühlbirne, Prostatamassage (wenn Prostatitis chron. besteht), Galvanisirung und Faradisirung der Rückenmarkscentren sind im Großen und Ganzen die Maßnahmen, die neben allgemeiner Hygiene und Kräftigung des Organismus bei chronischer Urethritis posterior, Prostatitis chronica und den von diesen bedingten Reiz- oder Lähmungszuständen des Erections- oder Ejaculationscentrums zur Verfügung stehen.

Lubowski.

Bela Tauszk: **Cowperitis bilateralis gonorrhoica.** (Pester med.-chirurg. Presse 1899, No. 43.)

Der 26jährige Patient, dessen Penis in Folge von luetischen Ulcerationen drei Orificien besitzt, giebt an, vor drei Wochen Blennorrhoe acquirirt zu haben. Zuerst bestand profuse Blutung, dann sistirte der Ausfluß, und es traten Schüttelfröste auf. Gleichzeitig bemerkte Patient am Damm zuerst rechts, Tags darauf auch links von der Raphe eine kleine Hervorragung, welche bei Stuhlgang und Uriniren immer mehr schmerzte. Die Untersuchung ergab eine vom Scrotum bis zum Anus sich erstreckende, beiderseits von der Raphe verlaufende, ca. nußgroße Anschwellung, über welcher die Haut beweglich war und welche mit der Prostata nicht zusammenhing, demnach durch eine Cowperitis gonorrhoica bilateralis bedingt sein mußte.

Lubowski.

Thivrier: **Contribution à l'étude des complications paraurethrales de la blennorrhagie. (Folliculite simple, Folliculite enkystée, Cowpérite et Péri-Cowpérite.)** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 26. October 1898.)

Die Drüsen werden in der dritten oder vierten Woche der Gonorrhoe inficirt. Sie besitzen im Penisteil der Harnröhre geringere Bedeutung, während sie im tieferen Teil (Cowperitis) ernster sind und zur Perforation mit allen ihren Folgen führen. Es ist immer angezeigt, die Abscesse möglichst früh zu öffnen. Die Frage ihrer Pathogenese ist noch nicht gelöst. Doch fanden sish immer Gonokokken in den Abscessen.

Dreyer (Köln).

Dr. Hermann Schiller: **Kommen auf den Schleimhäuten der Genitalorgane der Frau Gonokokken vor, ohne dass klinische Erscheinungen von Gonorrhoe vorhanden sind?** (Berliner klin. Wochenschrift 1899, No. 41.)

Zur Beantwortung der in der Ueberschrift angegebenen, in practischer Beziehung so wichtigen Frage hat Verf. eine Serie von 300 Fällen nur auf diesen Punkt hin geprüft, und zwar in folgender Weise. Er untersuchte von einem bestimmten Termin an bei jeder in die Sprechstunde (Poliklinik für Frauenkrankheiten von Dr. Broese in Berlin) neu ankommenden Frau sowohl

Urethra mit Umgebung als Cervix auf Gonokokken; in den Fällen, in welchen kein sichtbares Secret vorhanden war, entnahm er durch Abkratzen oder Schaben Untersuchungsmaterial. Die betreffenden Patientinnen kannte Verf. nicht, auch hörte er nie die Krankengeschichten derselben an. Die Untersuchungen ergaben, daß stets, wo Gonokokken, auch pathologische Secrete aus den betreffenden Schleimhäuten gefunden wurden.

Unter den 300 „blind“ untersuchten Fällen fanden sich in 57 Fällen Gonokokken, d. h. also in fast 20 pCt. Sie verteilen sich folgendermaßen: Acute Gonorrhoe: 37 Fälle (Urethritis 3, Urethrit., Vulvit., Cervical-Catarrh 2, Urethrit. Cervical-Catarrh 5, Urethrit., Vulvit., Colpit., Cervic.-Catarrh, Barthol. Absceß 5, Urethrit., Cervical-Catarrh, Adnex-Erkrank. 19, kindl. Gonorrh. 3); chron. Gonorrhoe: 20 Fälle (Urethritis 1, Cervical-Catarrh 5, Urethrit. und Cervical-Catarrh 2, Urethrit. Cervical-Catarrh und Adnex-Erkrankungen 8, Urethrit. und Adnexerkrankungen 1, Cervical-Catarrh und Adnexerkrankung 3).

Lubowski.

Prof. A. Neisser (Breslau): **Gonorrhoe und Eheconsens.** (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 36.)

N. wendet sich gegen Kromayer, der in einem für Laien und Aerzte geschriebenen Buche die Behauptung aufgestellt hat, daß selbst eine unter allen Cautelen angestellte, stets und regelmäßig negativ bleibende Untersuchung auf Gonokokken dem Arzte noch lange nicht die Berechtigung gebe, den Heiratsconsens zu erteilen. Neisser hält es für unerwiesen, daß bei Ehecandidaten, denen von seinen Schülern die Ehe auf Grund wiederholten negativen Gonokokkenbefundes erlaubt worden sei, späterhin wieder Gonokokken durch Kromayer aufgefunden worden sind. Neisser schließt, daß, so lange nicht alle Urethritiden heilbar seien, man sich damit begnügen könne, durch wiederholte eingehende Untersuchungen die noch bestehende oder schon erloschene Infectiosität einer Urethritis festzustellen und danach die Frage des Eheconsenses zu beurteilen.

Loeb (Berlin).

Dr. Stephan Nagel (Chicago): **Method of Using Protargol in Gonorrhoea.** (The Pletus, Juni 1899.)

Verf. bringt eine Methode der Protargolanwendung in Vorschlag, deren Princip in genauer Präcisirung der Concentration der Protargollösung, der Zahl der täglich vorzunehmenden Injectionen, wie auch schließlich der Einwirkungsdauer der Spülflüssigkeit auf die Harnröhre besteht. Er hat diese Methode in mehr als 50 Fällen angewandt und durchaus günstige Resultate erzielt. Die erste Forderung des Verfassers ist, daß mit den Protargolinjectionen möglichst sofort nach Beginn der Erkrankung zu beginnen und so lange fortzusetzen ist, bis keine Gonokokken mehr gefunden werden. Die Behandlung beginnt mit einer $^1/_4$ proc. Lösung von Protargol in destillirtem Wasser, die alle 4 Stunden, Tag und Nacht, injicirt und vom Pat. 2—3 Minuten in der Harnröhre zurückgehalten wird. Nach 5 oder 6 Tagen ist die Concentration auf $^1/_2$ pCt. zu steigern; zu dieser Zeit hatte der

Krankheitsproceß, die Zahl der Gonokokken und die Empfindlichkeit der Harnröhrenschleimhaut gewöhnlich bereits bedeutend abgenommen. Die Zwischenpausen zwischen den einzelnen Injectionen werden jetzt bis auf 6 Stunden verlängert, desgleichen das Zurückhalten der Flüssigkeit in der Harnröhre auf 4—5 Minuten. Nach weiteren 5—6 Tagen wird die Concentration auf $^3/_4$ pCt. gesteigert, die Zwischenpausen werden bis auf 8 Stunden und die Retention der Flüssigkeit bis auf 6—8 Minuten verlängert. Zeigt nun das Mikroskop am Ende der dritten Woche nur wenige Gonokokken, so wird die Concentration auf $1^1/_2$ pCt. gesteigert und nur 2mal täglich injicirt, wobei die Injectionsflüssigkeit des Morgens 10 Minuten, des Abends 15 Minuten lang in der Harnröhre zurückgehalten wird. Ein in der geschilderten Weise behandelter Fall von Urethritis anterior kann, falls keine Complicationen vorliegen, größtenteils in 15—18 Tagen vollständig geheilt werden. Innere Mittel anzuwenden, ist nicht nötig; nur falls der Harn enorm sauer wird, empfiehlt es sich, alkalische Diuretica anzuwenden. Bei schmerzhaften Erectionen bekommt der Patient vor dem Schlafengehen Bromkalium und Antipyrin zusammen in einer Dosis bis zu je 1,0.

Lubowski.

Thomas: **Contribution à l'étude du traitement des uréthrites par le protargol et l'acide picrique.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 21. Juni 1899.)

Verf. hat 5 Fälle acuter Gonorrhoe mit Protargolspülungen, 7 Fälle chronischer Gonokokkenurethritis mit Protargolinstillationen, 12 Fälle gonokokkenfreier Urethritis und 7 Fälle tuberculöser Urethritis ebenso, 6 Fälle tuberculöser Urethritis mit Picrinsäureinstillationen und 4 Fälle gonorrhoischer Cystitis mit Protargolinstillationen behandelt. Er schließt, daß bei acuter Gonorrhoe Protargol und Picrinssäure keine Vorzüge vor dem hypermangansauren Kali haben, das für ihn das Mittel seiner Wahl bleibt. Die Picrinsäure soll starke Secretion zur Folge haben. Bei chronischen Blennorrhoen sind 5proc. Protargolinstillationen angezeigt, die fast so gute Resultate wie Argentum nitricum geben, gar nicht reizen und, weil sie täglich gemacht werden können, schnellere Heilung herbeiführen. Bei tuberculösen Urethritiden war die Wirkung des Protargols eine mäßig gute, während die Picrinsäure die besten Resultate, bedeutende Besserung, ergab.

Dreyer (Köln).

Barrieu: **Contribution à l'étude de la blennorrhagie simple chez l'homme, son traitement par les injections d'huile iodoformée.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 7. December 1898.)

B. hat 12 Fälle von Gonorrhoe mit Jodoformöl behandelt.

Jodoform. porphyrisat. . . .	10,0
Ol. amygdalarum dulcium . .	60,0
Essent. Menth. piperit. . . .	gtt. III

Die Injectionen sind schmerzlos, können schon im acuten Stadium gemacht werden und führen in spätestens 14 Tagen Heilung herbei. Man injicirt zweimal täglich. Dreyer (Köln).

Brau: **Du traitement de la blennorrhagie par les lavages de l'urèthre. Présentation d'un laveur de vessie.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 18. Juli 1899.)

B. ist Optimist genug, um das Janet'sche Verfahren heute noch für ein Allheilmittel der Gonorrhoe in allen Stadien zu halten. Die Vorteile seines zu den Spülungen verwendeten Apparats bleiben nach seiner Beschreibung unverständlich. Dreyer (Köln).

Pigot: **Du salicylate de soude dans le traitement des blennorrhagiques.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 11. März 1899.)

P. empfiehlt den inneren Gebrauch des Natron salicylicum als allen anderen Behandlungsmethoden überlegen in denjenigen Fällen von Epididymitis, die mit starken Schmerzen verknüpft sind, bei denen aber Samenstrang und Tunica vaginalis wenig beteiligt sind. Bei Funiculitis muß man Quecksilbersalbe mit Belladonna hinzunehmen. Dreyer (Köln).

Privatdocent Dr. Bettmann (Heidelberg): **Ueber die Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis mit Salicylpräparaten.** (Münchener med. Wochenschr. 1899, No. 38.)

Nachdem Lannois und Linossier die schmerzstillende Wirkung des Methylsalicylats bei externer Darreichung bei Rheumatismus gerühmt haben, versucht Bettmann, das Mittel bei acuter gonorrhoischer Epididymitis zu verwenden. Intern hatte das Natriumsalicylat (wie Salol) schon Henderson und Picot bei der Epididymitis angewandt und Nachlassen der Schmerzen constatiren können. Bettmann läßt nun ca. 6–8 mm von einer Mischung von einem Teil Methylsalicylat auf zwei Teile Ol oliv. auf ein Stück nicht entfettete Watte gießen und dies auf das Scrotum appliciren; darüber kommt Guttaperchapapier und ein gut ausgepolstertes Suspensorium. Wenige Stunden nach Anlegung des Verbandes gab der Urin die Salicylreaction. Eine Einwirkung auf das Fieber oder gar eine Coupirung des Processes ließ sich in keinem Falle erzielen; jedoch wird die Druckempfindlichkeit der erkrankten Organe und die spontane Schmerzhaftigkeit sehr günstig beeinflußt, weshalb der Autor das Mittel sehr empfehlen kann. Loeb (Berlin).

James H. Nicoll (Glasgow): **The Treatment of Urethral Stricture.** (Vortrag, gehalten auf der 67. Jahres-Versammlung der Britischen medicinischen Gesellschaft in Portsmouth. British Medical Journal, 21. October 1899.)

Verf. erörtert einige Capitel aus der Therapie der Harnröhrenstricturen. Was die Heilung einer Strictur betrifft, so dürfen wir nicht mit einer Dehnung

derselben bis zu No. 12 (englisch) zufrieden sein, dies ist ungefähr die Weite einer normalen Harnröhre während der Miction, sondern wir müssen bis zu No. 16—20 steigen, wenn wir ein schnelles Recidiv vermeiden wollen. Meist ist der Meatus externus so eng, daß wir, mit der Sonde an der Strictur angelangt, das Gefühl verlieren, ob diese durch die Enge des Orificium oder die Verengerung arretirt wird; für solche Fälle hat N. eigene Sonden construirt, deren Beschreibung im Original nachgelesen werden muß. Des Weiteren folgt die Beschreibung eines Dauerkatheters nach der Urethrotomia externa bei alten callösen Stricturen und einer für die Drainage der Blase vom Damm aus bestimmten Röhre nach derselben Operation. Bei engen Stricturen benutzt Verf. zum Einbringen von Oel zum Schlüpfrigmachen der verengten Stellen eine der Guyon'schen ähnliche Spritze mit ebensolchen Ansätzen, jedoch verschiedene für die Pars anterior und posterior (wohl unnötig!). Betreffs der Sterilisirung der Instrumente äußert sich N. dahin, daß weiche Bougies am besten und einfachsten durch Wasser und Seife und Abtrocknen mit steriler Gaze gereinigt werden, Nélatonkatheter durch Kochen; für die übrigen weichen Katheter giebt es keine sichere, das Material nicht angreifende Methode. Es ist zu berücksichtigen, daß bei Kranken mit Verengerung der Harnröhre oder Prostatahypertrophie etc. die Urethra mit Keimen inficirt ist und „daß es sehr zweifelhaft ist, ob wir ein Mittel besitzen, den sogenannten Gonococcus von anderen Diplokokken der normalen Harnröhre zu unterscheiden" (!). Zum Schluß giebt Verf. einige Aufbewahrungsbehälter für Katheter an. Blanck (Potsdam).

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Grande: **Double chancre syphilitique du cuir chevelu.** (Société de méd. de Lyon, Mai 1899. — Lyon médical 1899, 23.)

Der 23jährige Patient hatte sich am 12. März in einem Streit mit Stößen seines Kopfes gegen den Gegner verteidigt; er hatte sich dabei zwei Wunden in der Mitte des behaarten Kopfes zugezogen, welche eine geringe Blutung verursachten, dieselben heilten nicht zu. Am 10. April bemerkt er eine Anschwellung des hinteren Halses, am 15. April heftige Kopfschmerzen. Am 20. April sind alle Halsganglien geschwollen, besonders rechts, hart, nicht schmerzhaft und beeinträchtigen die Beweglichkeit des Kopfes. Auf dem Scheitel finden sich zwei runde mit Eiter bedeckte Ulcerationen, deren Umgebung geschwollen, aber nicht besonders hart ist. Aus der Mitte der einen Ulceration extrahirt man ein Stück eines Schneidezahnes. Der Gegner war syphilitisch, hatte im Moment des Streites specifische Erkrankungen

an Mund und Hals, seine Frau wird in einem anderen Krankenhause an Lues behandelt. Am 6. Mai zeigt unser Patient eine typische Roseola, so daß an der Diagnose Ulcera syphilitica für die beiden kupferroten eiternden Geschwüre der Kopfhaut kein Zweifel besteht.

Mankiewicz.

Le Bigot: **De l'influence du chancre syphilitique du col de l'utérus sur l'accouchement.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 10. — Thèse de Paris, 12. Juli 1899.)

Bei einer 31jährigen Zweitgebärenden, die einen Schanker am Collum uteri aufwies, mußten nach 80stündigen Wehen Collumincisionen gemacht werden. Auch ähnliche Beobachtungen beweisen, daß Schanker an der graviden Gebärmutter besonders lange dauern. Die Starrheit der Cervixränder, die sie im Gefolge haben, weicht einer medicamentösen Behandlung und Dilatationen nicht. Wenn Collumincisionen zur Vollendung der Geburt nicht genügen, so bleibt die Wahl zwischen dem Kaiserschnitt und der Porro'schen Operation.

Dreyer (Köln).

Broes van Dort: **Casuistische bijdrage tot den duur der eerste twee incubatietijd perken van syphilis.** (Weekblad van het Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde, 21. October.)

Beide vom Verf. aufgeführten Fälle von Syphilis haben außer den langen Incubationszeiten (45 bezw. 105—120 Tage vom Tage der Infection an im ersten Fall und zwei bezw. vier Monate im zweiten) geringe Intensität der Erscheinungen gemeinsam. Zudem ist es wahrscheinlich, daß die Väter beider Patienten gleichfalls an Lues gelitten hatten.

Dreyer (Köln).

Dr. Matzenauer (Wien): **Ueber den Wert der Excision des syphilitischen Primäraffectes.** (Vortrag, gehalten in der Wiener dermatolog. Ges. Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 44.)

M. berichtet in der vorliegenden Mitteilung über seine Beobachtungen bei Excision des syphilitischen Primäraffectes. Die sonst fast pathognomonische regionäre Lymphdrüsenschwellung bleibt aus, wenn man den Primäraffect excidirt, bevor jene sich entwickelt hat, d. h. wenn man denselben 3—4 Wochen nach der Infection total entfernt. Ist schon einseitige Drüsenschwellung vorhanden und man exstirpirt jetzt nicht nur die Sclerose, sondern auch die vergrößerten Leistendrüsen der einen Seite, das ist also 4—5 Wochen nach der Infection, so kommt es weder zu einer weiteren Drüsenschwellung auf dieser Seite, noch überhaupt zu einer Drüsenschwellung auf der anderen Seite. Obigen Erfahrungen liegen bis jetzt insgesamt 19 Fälle zu Grunde.

Lubowski.

Dr. Neumann (Wien): **Ein Fall von extragenitalem syphilitischen Primäraffect am Finger.** (Demonstration in der Wiener dermatolog. Gesellschaft. Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 44.)

Der Fall betrifft eine Hebamme mit Primäraffect am vierten Finger der linken Hand. Der Finger ist im zweiten Interphalangealgelenk in fast rechtwinkliger Stellung fixirt, das Gelenk spindelförmig aufgetrieben, wie bei Spina ventosa, die Haut von der Nagelwurzel bis gegen den Handrücken livid verfärbt, fast broncefarbig glänzend, gerade über dem verdickten Gelenk eine kreisrunde Narbe, die central depigmentirt, am Rande sepiabraun pigmentirt ist und leicht abschilfert. Gleichzeitig besteht ein papulo-pustulöses Syphilid. Lubowski.

Piccardi: **Syphiloderma haemorrhagicum adultorum.** (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 50, Heft I.)

Das hämorrhagische Syphilid der Neugeborenen ist seit längerer Zeit bekannt und wohl auch von den meisten Autoren anerkannt. Anders dagegen steht es mit dieser syphilitischen Erscheinung bei Erwachsenen. Die meisten Lehrbücher schweigen sich darüber vollständig aus. Verf. hatte nun Gelegenheit, einen solchen überaus seltenen Fall in der allgemeinen Poliklinik zu Turin zu beobachten und die histologische Hautuntersuchung auszuführen. Nach genauer Wiedergabe der Krankengeschichte und histologischen Befunde kommt er zu folgendem Resumé:

1. Neben den maculösen, papulösen, pustulösen, ulcerösen u. s. w. Hautsyphiliden muß man ein secundäres hämorrhagisches Hautsyphilid zugeben, welches durch klinische Symptome und eine besondere histologische Structur gekennzeichnet ist.

2. Dieses Hautsyphilid zeigt sich vornehmlich an solchen Stellen, wo Circulationsstörungen präexistiren.

3. Dasselbe wird durch einen kleinzelligen Infiltrationsproceß der Gefäße des Derma und des Hypoderma und des ihnen benachbarten Gewebes hervorgebracht, welches den Austritt des Blutes mit allen seinen Bestandteilen zur Folge hat, sei es durch Wanderung der Blutelemente durch die degenerirten Gefäße, sei es durch Zerreißen der schwer veränderten Capillaren. Stockmann (Köniosberg i. Pr.).

Walker Downie (Glasgow): **Syphilitic Ulcerations of the Trachea.** (Vortrag, gehalten auf der 67. Jahresversammlung der Britischen medicinischen Gesellschaft in Portsmouth. British Medical Journal, 14. October 1899.)

Im Anschluß an drei Krankengeschichten, in denen ausführlich über den Verlauf und den pathologischen Befund an der Leiche berichtet wird, bespricht D. die nicht seltenen syphilitischen Ulcerationen der Trachea. Das klinische Bild ist bei der Verschiedenheit der Symptome nicht ganz eindeutig. Der häufig mit blutigem Sputum vergesellschaftete quälende

Husten läßt eine Lungenaffection vermuten. Die Atembeschwerden erinnern an Laryngismuss tridulus, in schweren Fällen an Angina pectoris; bei narbigen Stricturen wird das Bild einer chronischen Laryngitis vorgetäuscht. Phthise, Aortenaneurysma, Mediastinaltumor müssen auszuschließen sein, die Kehlkopfuntersuchung muß im Spiegelbilde die Intactheit der Kehlkopfmuskeln ergeben, da auch Druck auf die Nerven derselben ähnliche Symptome hervorrufen kann. Die Kranken haben wenig oder gar keine Schmerzen. Meist führen andere Zeichen von Lues, besonders Pharynx- und Gaumenerscheinungen, auf die richtige Diagnose. Das Leiden findet sich öfter bei hereditärer als bei acquirirter (tertiärer) Syphilis. Es ist von sehr schwerer Art und giebt eine schlechte Prognose; selbst in Fällen der Heilung erfordern die durch Narben bedingten Stricturen eine sorgfältige Behandlung, selbst die Tracheotomie. Blanck (Potsdam).

Bondesio: **Contribution à l'étude des phlébites des membres dans la syphilis secondaire.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 13. Juli 1899.)

Die Venenentzündung bei secundärer Syphilis, von der B. im Hôpital de la Pitié drei Fälle gesehen hat, ist häufiger, als allgemein angenommen wird. Sie erscheint wenige Monate nach der Infection, ist sehr ausgebreitet, von Obliteration der Venen zuweilen begleitet und kann spurlos verschwinden oder Sclerose der Venenwand hinterlassen. Complicationen und Allgemeinerscheinungen sind selten, und geringe Schmerzen pflegen meist nicht einmal von Oedemen begleitet zu sein. Die übrigen secundären Symptome und die schnelle Wirksamkeit einer antisyphilitischen Behandlung sichern die Diagnose. Dreyer (Köln).

Grorichard: **Contribution à l'étude des hémiplégies précoces dans la période secondaire de la syphilis.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 18. Juli 1899.)

Zwei Fälle, in denen 9 Monate bezw. 55 oder 60 Tage nach dem Auftreten des Schankers die Hemiplegien (im letzteren Falle nur Facialislähmung) eintraten, werden aufgeführt. Alkoholismus, Arteriosclerose, geistige Ueberanstrengungen, Erblichkeit und Nervenkrankheiten, auch Hysterie begünstigen indirect, schwerer Verlauf der Syphilis und mangelhafte Behandlung direct die Hemiplegie. Dreyer (Köln).

Ménétrel: **Contribution à l'étude clinique des névrites et des polynévrites périphériques à la période secondaire de la syphilis.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 26. October 1899.)

Am häufigsten ist der Facialis befallen, dann der Ulnaris, allein oder zusammen mit dem Cutaneus medius, dem Medianus und Ischiadicus. Meist handelt es sich um Frauen, während die Polyneuritiden mehr bei Männern

in jugendlichem Lebensalter vorkommen. Die Symptome schwanken sehr nach Ausdehnung und Schwere des Falles, ohne Besonderheiten darzubieten. Die specifische Behandlung bessert die Atrophien und heilt die Lähmnngen.

Dreyer (Köln).

Chabriac: **Contribution à l'étude de l'ostéite gommeuse des os (gommes circonscrites et syphilomes diffus.)** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 12. Juli 1899.)

Die umschriebene gummöse Form der Knochensyphilis findet sich häufiger erworben, die diffuse Form mehr bei der hereditären Lues.

Dreyer (Köln).

Lion: **Artérite syphilitique et thrombose des deux artères vertébrales: gomme méningo-médullaire.** (Ann. de derm. et de syph., October 1899. — Soc. méd. des hôp. de Paris, séance du 13. Janv. 1899.)

Das Gummi saß an der Vorderseite des Rückenmarks in großer Ausdehnung. Daneben bestanden miliare Gummata der Leber. Die 34 Jahre alte Frau fiel plötzlich und zeigte eine Paralyse sämtlicher vier Glieder. Das Bewußtsein war zunächst nicht gestört, schwand aber allmählich, und kaum 60 Stunden nach dem Beginn der Symptome trat im Coma der Tod ein. Der symptomlose Verlauf ist auffallend. Die histologische Untersuchung der Gefäße ergab entzündliche Veränderungen in allen drei Gefäßschichten, auf der linken Seite war die Tunica externa in ein necrotisirendes Gummigewebe mit einigen wenigen Riesenzellen umgewandelt.

Dreyer (Köln).

Alfred W. Campbell (Rainhill, Lancashire): **The Relationship between Syphilis and General Paralysis of the Insane.** (The British Medical Journal, 16. November 1899.)

Auf der „67th Annual Meeting of the British Medical Association“ in Portsmouth stand auch auf dem Programm der Section für Psychologie die Discussion über die Beziehung zwischen Syphilis und allgemeiner Paralyse. Die meisten Redner traten für das Bestehen eines solchen Zusammenhanges ein, u. a. auch Campbell, welcher in ausführlicher Weise seinen Standpunkt motivirte. Die hervorragendsten Psychiatriker vertreten gleichfalls seine Ansicht. Die maßgebenden Gründe sind folgende: 1. geht aus statistischen Erhebungen hervor, daß in der Mehrzahl der Fälle Syphilis dem Auftreten der Paralyse voraufgegangen ist; von 179 männlichen Paralytikern, die C. beobachtete, hatten 62 pCt. sicher, 24 pCt. wahrscheinlich Syphilis gehabt; von 48 Frauen waren 37 pCt. sicher Syphilitische, 60 pCt. hatten wahrscheinlich die Krankheit überstanden. 2. Die Paralyse tritt häufiger in die Erscheinung an Orten, wo die Gelegenheit zu unmoralischem Lebenswandel am größten ist, d. h. in großen Städten und Industriebezirken. 3. Die

Mehrzahl der Fälle von Paralyse des frühesten Lebensalters beruht auf hereditärer Lues, nach C. wahrscheinlich stets dann, wenn die Paralyse vor dem 24. Lebensjahr zum Ausbruch kommt. 4. Zuweilen findet sich Paralyse bei Ehegatten, die sich gegenseitig mit Lues inficirt hatten. 5. Gelegentlich kommt Paralyse bei Eltern und Kindern vor, sogenannte „homologe Heredität“. 6. Niemals hat ein Paralytiker später Lues acquirirt (Krafft-Ebing). 7. Einfluß der socialen Stellung; so ist Paralyse selten bei Geistlichen, häufig bei Officieren. Gegen die Annahme eines Zusammenhanges zwischen beiden Krankheiten spricht: 1. daß in einigen Fällen von Paralyse sicher keine Syphilis voraufgegangen ist; 2. die Wirkungslosigkeit antisyphilitischer Mittel bei Paralyse; 3. soll bei einigen Rassen, bei denen Syphilis häufig vorkommt, die Paralyse selten sein; 4. ist es doch sonderbar, daß nicht alle Luetiker paralytisch werden. Wahrscheinlich sind es die schädlichen Wirkungen der Toxine der Syphilis, welche die Paralyse hervorruft; C. glaubt, daß diese Krankheit toxämischer Natur sei, ohne die Quelle hierfür angeben zu können. Es fragt sich schließlich, wodurch die Zunahme der Häufigkeit der Paralyse bedingt ist, ob sie in gleichem Verhältnis mit der Lues zunimmt oder ob sie die Folge „des Fortschreitens der Civilisation und der Syphilisation“ ist (Krafft-Ebing). Blanck (Potsdam).

Povl Heiberg: **Einige Bemerkungen über die der Tabes dorsalis vorausgehende Syphilis.** (Hospitals Tidende 1899, No. 39.)

H. hat sich die Aufgabe gestellt, die Hypothese von der Existenz einer Syphilis „à virus nerveux“ (P. Marie, Morel-Lavallée) näher zu untersuchen. Zu dem Zweck unternimmt er eine eingehende klinische Analyse von neun Syphilisfällen, welche von Tabes gefolgt waren, und vergleicht diese mit neun anderen, gewöhnlichen Syphilisfällen, um möglicher Weise die specifischen Eigenschaften der Syphilis à virus nerveux auszufinden.

Es stellte sich bei der Vergleichung heraus, daß kein bemerkenswerter Unterschied zwischen den zwei Gruppen bestand, weder in Beziehung auf die Symptome und die Dauer des Hospitalsaufenthaltes, noch auf die gesamte einverleibte Quecksilbermenge. Es wurde kein einziges Phänomen, wodurch die Syphilis à virus nerveux während ihres ersten Verlaufes sich von der gewöhnlichen Syphilis unterschiede, nachgewiesen.

Max Melchior (Kopenhagen).

John A. Shaw-Mackenzie (London): **The Syphilitic Factor in the Diseases of Women.** (Vortrag, gehalten auf der 67. Jahresversammlung der Britischen medicinischen Gesellschaft in Portsmouth. British Medical Journal, 14. October 1899.)

Die Diagnose Gonorrhoe und Sepsis wird oft irrtümlicher Weise anstatt der übersehenen syphilitischen Erkrankung bei Frauen gestellt, ein Irrtum, der bei der Aehnlichkeit luetischer Läsionen des Genitalschlauches mit Erscheinungen obiger Krankheiten leicht möglich ist. Erosionen, Leucorrhoe etc.

können ebensowohl Zeichen einer Lues, als einer Gonorrhoe sein; letzterer Ausdruck ist als irreführend zu beseitigen und dafür Urethritis, Vaginitis, Endometritis etc. zu setzen. Oft kann man nur auf Grund einer erfolgreichen antisyphilitischen Behandlung die richtige Diagnose stellen, wenn auch die lange Dauer und die Widerstandsfähigkeit der Affectionen gegen jede Behandlung für die syphilitische Natur sprechen. Syphilis prädisponirt und vergesellschaftet sich gern zu septischen Processen, sie kann avirulenten Keimen des Genitaltractus pathogene Eigenschaften verleihen. Vaginitis, Endometritis, Salpingitis, Oophoritis, Perimetritis können Folgeerscheinungen einer ererbten oder erworbenen Syphilis sein, oder aber sie können durch eine secundäre pyogene Invasion hervorgerufen werden. Auch eine Heilung durch nicht antiluetische Mittel spricht nicht immer gegen die luetische Natur des Leidens. Jedenfalls sind operative Maßnahmen wie Curettement oder gar Hysterectomie bei Endometritis u. s. w. oft unnötig und falsch; Jod und Quecksilber werden viele Fälle zur Heilung bringen, in denen bisher verstümmelnde Operationen vorgenommen wurden.

Blanck (Potsdam).

Ermenge: **Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de sérum artificiel bichloruré à doses intensives et éloignées (Méthode du Dr. Chéron).** (Ann. de derm. et de syph. 1899, 10. — Thèse de Paris, 29. Juni 1899.)

Die injicirte Mischung enthält 0,25 g Sublimat, 1 g Kochsalz, 1 g Carbolsäure, 100 g sterilisirtes und destillirtes Wasser. Die injicirte Dosis Sublimat kann 5–6, selbst 8 cg betragen. Die Injectionen werden wöchentlich gemacht, und zwar 4—5 Injectionen. Die Wirkung gleicht an Schnelligkeit der der Calomelinjectionen und übertrifft die des grauen Oels. Die Behandlung ist besonders bei geschwächten Individuen, bei Gehirnlues und bei dubiösen Fällen angezeigt.

Dreyer (Köln).

A. H. Ward (London): **On the rational Treatment of Syphilis.** (Vortrag, gehalten auf der 67. Jahresversammlung der Britischen medicinischen Gesellschaft in Portsmouth. British Medical Journal, 21. October 1899.)

W. baut seine Ausführungen über die rationelle Behandlung der Syphilis auf der fast allgemein anerkannten Theorie von der parasitären Genese der Krankheit und ihrer Naturheilung auf. Er sucht die klinischen Erscheinungen an der Hand seiner Toxintheorie der Syphilis zu erklären; je mehr von dem Toxin von den Mikroben gebildet wird, um so evidenter die Symptome; locale und allgemeine Wirkungen werden auf den beschränkten oder verbreiteten Bezirk der toxischen Invasion zurückgeführt, der toxische Flutstand („the toxin tide") bestimmt die Schwere der Erscheinung. Der Heilungsproceß beginnt mit der Bildung eines Antitoxins, welches eine Phagocytose hervorruft. Bleiben die Phagocyten Sieger in dem Kampfe

gegen die Mikroben, so erfolgt Heilung; im umgekehrten Fall nimmt die Krankheit einen malignen, letalen Verlauf. Meist jedoch kommt es zu einem mehr oder weniger andauernden Waffenstillstand in Waffen („armed truce"), der durch ein Vordringen der einen oder anderen Partei unterbrochen werden kann, Eruptions- und Latenzstadien; nach ungefähr zwei Jahren ist die Krankheit erloschen oder endgiltig latent geworden, d. h. die Mikroben sind von den Phagocyten eingekapselt, die aber ihre Sporen nicht vernichten können. Die toxischen Producte können aber auch so gering sein, dass sie äußere Erscheinungen nicht hervorzurufen vermögen, sondern ein allmähliches Hinsiechen des Kranken veranlassen; dies ist die schrecklichste Form der Syphilis, die, ohne warnende Symptome zu zeitigen, langsam am Mark des Trägers zehrt. Eine rationelle Behandlung muß demzufolge die Phagocyten in ihrem Kampf gegen die Mikroben unterstützen, die letzteren selbst und deren Toxine unschädlich zu machen suchen; die ausführliche Beschreibung derselben faßt Verfasser am Schluß zusammen: „Quecksilber soll allein im primären und secundären Stadium der Syphilis angewendet werden, außer bei schweren Erscheinungen. Die Behandlung soll möglichst früh beginnen. Das Mittel ist innerlich in einer Form (als graues Pulver oder blaue Pillen) zu geben, die leicht zu nehmen ist und keine Reizung des Magens verursacht. Man steige bis zur Grenze seiner Toleranz in sorgfältigster Weise, so daß weder Zahnfleisch noch Körpergewicht Veränderungeu ihres gesunden Zustandes aufweisen. Ist man an dem Punkte angelangt, so soll das Quecksilber in der Dosis während des ganzen Krankheitsverlaufes weiter genommen werden, niemals in höherer Dosis wegen der Gefahr einer Vergiftung, nie in kleinerer, damit nicht statt einer Vernichtung der Mikroben eine Sporenbildung stattfindet. Zwei Jahre lang wird damit fortgefahren, da dies die Zeit der Naturheilung oder wirklichen Latenz darstellt. Jodpräparate kommen im Allgemeinen im primären und secundären Stadium nicht zur Anwendung, da sie durch Beseitigung der Toxine die Phagocytose und damit die Einkapselung und Vernichtung der Mikroben verhindern. In Verbindung mit Quecksilber gebe man Jod in steigender Dosis im gummösen Stadium. In hartnäckigen Fällen, bei chronischer Blutvergiftung und schweren Erscheinungen erleichtert eine große Menge täglich zu nehmenden Wassers die Ausscheidung des Toxins und ist in Gestalt des Zittmann'schen Decocts ohne Zweifel sehr wirksam."

Blanck (Potsdam).

Dr. Höfler: **Ueber die Methode der Quecksilbereinreibungskuren im Bade Tölz (Krankenheil).** (Monatshefte für practische Dermatologie 1899, Bd. 29, Heft 12.)

Nach der ersten Untersuchung des Kranken erhält letzterer seinen schriftlich vorgeschriebenen Stundenplan, der im Allgemeinen so lautet: 6—7 Uhr Morgens: Trinken des Jodschwefelwassers (nach mündlicher Anweisung). 7—8 Uhr: Bewegung; Spülung der Mundhöhle. 8—9 Uhr: Frühstück (Milch mit Brot ohne Eier); Spülung, Reinigung der Zähne. 9—10 Uhr



Jodbad (je nach dem Fall verschieden oft, verschieden lang, verschieden warm, verschieden stark concentrirt). Vor dem Bade wird der ganze Körper (mit Ausnahme des Kopfes) von einem geübten Badewärter mittelst eines Filzlappens und Benutzung einer je nach dem Fall verschieden starken Quellsalzseife 5—10 Minuten lang in der Zelle auf trockenem Boden stehend sehr kräftig bis zum Warm- und Rotwerden der Haut frictionirt. Dann begiebt sich der Patient in die nebenanstehende Badewanne, bleibt darin nach Vorschrift; dann steigt er heraus, läßt sich abtrocknen, und nun werden gleich nach dem Bade in der Zelle auf der so gehörig vorbereiteten und mit der Zahl der Frictionen auch allmählich in ihren oberflächlichen Schichten merkbar verdünnten, feiner werdenden Haut 1—2—3—4—5—6 g des mit Lanolin vermengten Ung. ciner. off. verrieben, jedoch so, daß die Einreibung lange genug (10—25—30 Minuten) dauert, und so, daß dabei das Gefühl der Hautwärme eintritt. Nach dieser Zeit wird der auf der betreffenden Hautstelle zurückgebliebene Rest der Salbe mit reiner Watte sorgfältig abgewischt. Der Kranke zieht sich ganz an, geht nach Hause, spült sich den Mund aus und legt sich von 10—11 Uhr zu Bett, ohne zu schlafen; hier wird ein reichliches zweites Frühstück (Milch, Eier, Bouillon etc.) eingenommen mit obligater Reinigung der Zähne und Mundspülung nach demselben. Von 11—1 Uhr ist der Kranke, wenn thunlich, im Freien und spült sich stündlich den Mund aus. 1 Uhr: Mittagessen (ohne Alkohol) mit nachfolgender Zähnereinigung und Mundspülung. Von 2—7—7½ Uhr macht der Kranke einen Spaziergang, je nach dem Individuum verschieden lange dauernd; die Mundspülflüssigkeit trägt er in einem Glase mit sich und spült stündlich. Getränk: Milch. 7½ Uhr: Abendessen (stets warm), wenn thunlich, mit Milch oder Milchthee (jedenfalls dann ohne Alkohol); nach demselben Zähnereinigung und Spülung. 8—8½ Uhr: Kleine Bewegung im Freien. 9 Uhr: Spülung und Bettruhe (event. eine abendliche Sagradapille).

Die Spülung ist mindestens zehnmal täglich vorzunehmen, die Reinigung der Zähne nach jedem Essen. Die Spülflüssigkeit ist chlorsaures Kali, das sich der Patient selbst auflöst. Essigsaure Thonerde, Myrrhentinctur, Citronensaft etc. kommen nur in bestimmten Fällen zur Verwendung als Mundhygienemittel. Bei der Reinigung der Zähne ist auf die hinteren Kieferwinkel, in denen oft Speisereste stecken, besondere Rücksicht zu nehmen. Wenn einigermaßen noch möglich, wird zahnärztliche Controle des Gebisses, Plombirung, Extraction kleiner cariöser Zahnstümpfe empfohlen. Bei der geringsten Röte oder Schwellung des Zahnfleischsaumes ist sofort mit der Einreibung auszusetzen. Vor der Einleitung der Schmierkur ist es nötig, daß der Arzt sich von dem Zustand der ganzen Haut, des therapeutischen Ortes, überzeugt. Ist die ganze Haut so durch krankhafte Processe verändert, daß eine Einreibungskur unmöglich ist, dann kann unter Umständen die Indication zu einer Quecksilberinjectionskur eintreten. Haut-Ichthyosis beeinträchtigt die Wirksamkeit der Einreibungskur in keiner Weise.

Die beste Salbenmischung ist das mittelst Lanolin geschmeidig gemachte Unguentum ciner. off.; je feiner das regulinische Quecksilber in reinem Fett verteilt ist, je passender die beigegebene Lanolinmenge ist, desto größer ceteris paribus die Wirksamkeit der Salbeneinreibung.

Intercurrente fieberhafte Processe (z. B. Anginen) nötigen zum vorübergehenden Aussetzen der Einreibekur. Wichtig ist es, von Zeit zu Zeit den Urin auf Eiweiß und Zucker zu untersuchen. Früher bestandene, aber dann wieder verschwundene Albuminurie kann unter der Quecksilberkur wieder unerwartet zum Vorschein kommen, und dann muß letztere sistirt werden. Ueberhaupt muß man sich zur Regel machen, den Urin eines jeden Patienten, der einer Einreibungskur unterworfen werden soll, vor und während dieser auf Eiweiß und Zucker zu untersuchen. Diabetiker vertragen Quecksilberkuren meist schlecht. Wichtig ist es, das Körpergewicht des Patienten immer unter Controle zu behalten. Eine sicher zu gutem Erfolge führende ev. heilende Einreibungskur geht immer mit einem Plus an Körpergewicht einher. Wichtig ist es ferner, das Rauchen ganz zu unterlassen während der Einreibungskur. Nicotin und Alkohol (in jeder Form) sind die größten Feinde des Syphilispatienten; namentlich die specifischen Herzkrankheiten und ein guter Teil der specifischen chronischen Endarteriitisfälle sind dem übertriebenen, ja selbst nur mäßigen Genuß dieser beiden Herzgifte zur Last zu legen. Ueberhaupt ist die Diät des betreffenden Patienten eine ebenso wichtige Frage wie die des Stoffwechsels überhaupt. Alle sogen. Erregungsmittel des Magens sollen vermieden werden; je gleichmäßiger, je reizloser, je ruhiger die Ernährungsverhältnisse sich gestalten, desto besser das Kurresultat. Das Ideal aller Flüssigkeitszufuhr bei der Einreibungskur und bei allen sonstigen Mercurialkuren ist die Milchkost. Bei Mercurialeinreibungskuren ist die Milchzufuhr von 2—3 l pro Tag ein unersetzliches Unterstützungsmittel derselben. Jeder Mensch kann Milch vertragen, wenn er nur will. Eine wichtige Regel ist ferner, daß das betreffende Organ, gegen dessen Erkrankung die Einreibungskur zumeist gerichtet ist, ruhig gehalten werde. Es ist geradezu unverantwortlich, Kranke mit Knochengumma am Schädel mit Bier und Wein, wie es vorkommt, zu tractiren, solche mit Knochengumma an den Beinen viel gehen zu lassen, solchen mit Lebergumma Alkohol zu gestatten etc. Der in neuester Zeit eingeführte alkoholfreie Traubenwein erleichtert die Diät bei der Syphilisbehandlung ganz wesentlich als Mittel zur Entwöhnung vom Alkohol. Niemals verordne man eine Einreibungskur neben dem eigentlichen Beruf. Ist man im Verlauf der Kur zu sichtbarer Besserung der Erscheinungen gelangt, so steige man getrost, aber nur bei zunehmendem Körpergewicht und bei steter Beobachtung obiger Ratschläge, zu dreisteren Dosen von Unguentum ciner. Bei beständig abnehmendem Körpergewicht noch nach der 12.—15. Einreibung trotz andauernd guten Appetits ist auf Complicationen, z. B. Zucker, Tuberculosis etc. zu fahnden, event. ist mit der Einreibung auszusetzen. Eine nicht geringe Unterstützung erfährt die Einreibungskur durch die Combination mit dem kurgemäßen Gebrauch eines schwefel- oder kochsalz- oder

jodhaltigen Mineralbrunnens, der sicher auf die Ausscheidung der intermediären Stoffwechselproducte aus dem Körper einen günstigen Einfluß ausübt. Ist die Einreibungskur beendigt, dann soll der betreffende Patient noch 14 Tage fort spülen, nicht rauchen und die Mundhöhlenhygiene beobachten, sowie $^1/_4$ Jahr lang gewissenhafte Hautpflege üben durch warme Seifenabreibungen, die 2—3mal wöchentlich vorgenommen werden sollen.

Lubowski.

Lwow: **Intramusculäre Injectionen von gelbem Quecksilberoxyd bei Syphilis.** (Medicina 1899. Ref. nach Petersburger med. Wochenschr. 1899, No. 49.)

Bezüglich des gelben Quecksilberoxyds sind die Autoren darin einig, daß dasselbe ein mächtiges Therapeuticum gegen Syphilis abgiebt; viele Autoren sind jedoch der Ansicht, daß die Injectionen desselben äußerst gefährlich seien. Verf. hat nun das gelbe Quecksilberoxyd bei 60 Syphilitikern (7 mit primären und 53 mit secundären Erscheinungen) in Form von intramusculären Injectionen angewandt und befriedigende Resultate erzielt. Ein Schwinden der Erscheinungen wurde nach durchschnittlich $4^1/_2$ Injectionen beobachtet, wobei im Durchschnitt 0,27 Hg. oxyd. flavi injicirt worden waren. Das Paraffinum liquidum wurde als Constituens genommen und jedesmal 0,06 des Quecksilberpräparates verabfolgt; in über der Hälfte der Fälle wurde noch 0,01 Cocain — ohne besonderen Erfolg — hinzugefügt. Verf. betont, daß er bei dieser Behandlungsmethode zu seiner Freude die unangenehme Stomatitis als Complication vermissen konnte. Jedoch kam eine ganze Reihe von Nebenerscheinungen, die auch nicht zu den angenehmsten gehören, zur Beobachtung, wie wir es in seiner Mitteilung zum Schlusse erfahren; so war mehr oder minder längere Zeit anhaltende Schmerzhaftigkeit der Injectionsstelle in 56 pCt. aller Injectionen, Infiltrat in 30,5 pCt., Kopfschmerzen, Schmerzen der Extremität (injicirt wurde in die Glutäalgegend) in ca. 11 pCt., Diarrhoen in 8 pCt. u. s. w. Die Mitteilung bringt in Kürze sämtliche 60 Krankheits- resp. Behandlungsgeschichten.

Lubowski.

Ch. Nicolle: **Des expériences d'inoculation du chancre mou chez le singe.** (Le progrès médical 1899, No. 41.)

Verf. hat versucht, verschiedene Affenarten mit dem Gifte des weichen Schankers zu impfen, bei einer Species gelang es ihm mit Erfolg; bei einer ähnlichen Art mit geringerer Sicherheit. Immerwahr (Berlin).

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Le Dentu: **Leucokératose du gland et épithélioma.** (Le progrès médical 1899, No. 41.)

Le Dentu teilte in der Sitzung der Académie de médecine vom 10. October 1899 eine interessante Beobachtung von Aucher und Binaud in Bordeaux mit, nämlich die gleichzeitige Abtragung einer leucoplastischen Plaque der Glans und eines Epithelioms der Vorhaut. Le Dentu hat selbst einen Fall von Leucokeratose der Glans beobachtet, aber einer temporären. In diesem Fall bestand vor- und nachher eine Balanoposthitis. Gleichzeitig hatte der Kranke ein Recidiv eines vor acht Jahren operirten leucoplastischen Epithelioms der Zunge. Immerwahr (Berlin).

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. Engelhardt (Heidelberg): **Zur Casuistik der Prostatacarcinome.** (Virchow's Archiv, Bd. 158, Heft 3.)

Der Umstand, daß sich der klinischen Diagnose des Prostatacarcinoms noch erhebliche Schwierigkeiten entgegenstellen, veranlaßte den Verfasser, einige intra vitam nicht diagnosticirte Fälle von Prostatacarcinom zu veröffentlichen. In dem ersten Fall, der einen 53jährigen Mann betrifft, ergab die Section Drüsenzellencarcinom der Prostata mit Metastasen der Lymphdrüsen aus der Inguinalgegend und der Nachbarschaft des Nierenhilus. Die Prostata fühlte sich vollkommen hart an und zeigte eine gleichmäßige Vergrößerung bis etwa zum Umfang eines mittleren Apfels. Das Carcinom ist auf die vordere bezw. hintere Blasenwand nicht übergegangen. Was das klinische Bild, das der Patient zu Lebzeiten dargeboten hatte, betrifft, so bestanden verschiedene Umstände, welche die Diagnose zu verdecken geeignet waren. Vor Allem waren die Erscheinungen von Seiten des Harnapparates keine anderen, wie bei Prostatahypertrophie, während die übrigen Krankheitserscheinungen sich auf tuberculöse Processe zurückführen ließen. Das Alter des Patienten konnte differentialdiagnostisch gegenüber der Hypertrophie nicht verwertet werden, weil sowohl Prostatacarcinom wie Hypertrophie ausschließlich in höherem Alter vorkommen. Die früher vielfach gemachte Angabe, daß Prostatacarcinom außer im höheren, relativ häufig im Kindesalter aufträte, dürfte nach Verf. auf einer Verwechselung mit Sarcom beruhen.

Der zweite Fall betrifft einen 73jähr. Patienten, bei dem die klinische Diagnose auf Prostatahypertrophie gestellt und wegen der Erfolglosigkeit der internen Behandlung in Narcose die galvanocaustische Incision des Prostatamittellappens nach Bottini gemacht worden war. Zwei Monate später mußte die Operation wiederholt werden. Es stellten sich hierauf Peritonitiserscheinungen ein, und der Patient ging nach acht Tagen zu Grunde. Die Section ergab primäres Prostatacarcinom. Hier hatte scheinbar die Bottini'sche Incision, die, wie es sich herausstellte, einen falschen Weg gemacht hatte, eine Peritonitis verursacht. Die wirkliche Ursache derselben war jedoch die, daß ein am Apex der Blase sitzendes Divertikel, welches sich in Folge der durch das Carcinom herbeigeführten erschwerten Harnentleerung entwickelt hatte, in den Bauchraum perforirte. In diesem Fall war es vor Allem der gute Ernährungszustand, in dem sich Patient bis kurz vor seinem Eintritt in die Klinik befand, der nicht an ein Carcinom denken ließ. Die sonstigen Erscheinungen sprachen, wie gesagt, nur für Prostatahypertrophie.

In dem dritten Fall handelte es sich um einen 58jährigen Patienten, bei dem die klinische Diagnose auf Pyelitis, chronische Nephritis, Cystitis, Prostatahypertrophie gestellt worden und der Tod an Urämie erfolgt war. Die Section ergab primäres Prostatacarcinom und sehr ausgedehnte Metastasen, die in keinem Verhältnis zu der Größe des Primärtumors standen.

Im vierten Fall handelte es sich um einen 84jährigen Patienten mit der klinischen Diagnose: Jauchige Cystitis, Prostatahypertrophie, Pyelitis. Die Section ergab Prostatacarcinom, jedoch nur eine geringe Vergrößerung der Drüse. Die in diesem Fall lange bestandenen, von der Prostata ausgehenden Beschwerden machten es also wahrscheinlich, daß es sich hier zuerst um eine einfache senile Hypertrophie der Prostata gehandelt habe, auf deren Boden sich dann erst später das Carcinom entwickelte.

In dem letzten Fall handelte es sich schließlich um einen 60jährigen Patienten mit der klinischen Diagnose: Cystitis purulenta, Pyelonephritis purulenta, Tumor vesicae urinariae. Die Section ergab unter Anderem Carcinom der Prostata.

Aus den mitgeteilten Fällen geht also hervor, daß die Diagnose Carcinom der Prostata manchmal sehr erschwert sein kann. Urethrale Hämorrhagien, die früher vielfach als characteristisch für Carcinom der Prostata angesehen wurden, waren nur in wenigen Fällen vorhanden. Wichtig scheinen für die Diagnose die unabhängig von der Urinentleerung auftretenden Schmerzen zu sein, die in der Nierengegend, der Lumbal- oder Sacralgegend, den Oberschenkeln, der Glans penis ihren Sitz haben können. Diese Schmerzen erklären sich teils durch Spannung der Kapsel, teils durch Druck der prostatischen Neubildung auf die größeren Nervenstämme. Die übrigen Symptome: langsam fortschreitende Urinretention mit ihren Folgen, Brennen in der Harnröhre beim Wasserlassen, dann später Stuhlverhaltung, sind dem Carcinom der Prostata mit der Hypertrophie gemein. Abgang von Geschwulstpartikeln, die zur Feststellung der Diagnose führen könnten,

wird selten zu constatiren sein, da ein Uebergreifen des Prostatacarcinoms auf die Blase mit Ulceration sehr selten vorkommt und dann ohne Weiteres der chirurgischen Therapie ein Ziel gesetzt ist, die selbst bei günstigeren Fällen so gut wie keine Erfolge aufzuweisen hat. Auch eine etwaige ungleichmäßige Vergrößerung der Prostata wird man nicht für die Diagnose Carcinom verwerten können, da die Vergrößerung der Prostata bei Carcinom sehr oft ganz gleichmäßig erfolgt und selbst bei ungleichmäßiger Vergrößerung es sich immer noch um eine ziemlich häufige Form der Prostatahypertrophie, die myomatöse circumscripte Hypertrophie, handeln kann. Andererseits ist bei gleichmäßiger Vergrößerung und Verhärtung, wie schon früher erwähnt wurde, eine Verwechselung mit Prostatatuberculose nicht ausgeschlossen, die nach neueren Arbeiten nicht so selten zu sein scheint, wie man gewöhnlich annimmt. Was nun die Verbreitung des Carcinoms in den fünf Fällen anbetrifft, so war dasselbe in keinem derselben auf die Nachbarorgane übergegangen, was ja auch der Regel entspricht. Von den Lymphdrüsen waren je einmal die rechtsseitigen Leistendrüsen, die linksseitigen Bronchialdrüsen, die Hilusdrüsen der rechten Lunge, die Drüsen längs des Ductus thoracicus, die Becken-Lymphdrüsen, die Retroperitonealdrüsen, dreimal die Drüsen längs der Aorta bezw. der Wirbelsäule ergriffen. Auffallend ist die geringe Beteiligung der Lymphdrüsen des Beckens und der Leistengegend. Lubowski.

Prof. Paltauf und Dr. Bamberger: **Ein Fall von osteoplastischem Prostatacarcinom.** (Wiener klin. Wochenschrift 1899, No. 44.)

Die Erkrankung des bis dahin stets vollkommen gesund gewesenen Patienten begann im Sommer 1897 und äußerte sich Anfangs nur in zunehmender Abmagerung; im Winter kamen Rückenschmerzen, im Frühjahr Schmerzen in beiden Beinen hinzu. Bald darauf kamen Schmerzen in der Blasengegend, beim Urinlassen in die Harnröhre ausstrahlend, mit häufigem Harndrang. Nach zwei Wochen verschwanden diese Erscheinungen, dagegen dauerten die Schmerzen im Rücken und in den Beinen während des Sommers an und verbreiteten sich auch auf den Bauch. Abmagerung und Schwäche nahmen zu, der Appetit wurde schlecht. Im September 1898 wurde der Patient dauernd bettlägerig. Status bei der Aufnahme: Körpergewicht nach Angabe des Patienten von 105 auf 55 kg zurückgegangen. Patient klagt über Schmerzen in den seitlichen Partien des Thorax, dem Bauch und den Schenkeln, die gewöhnlich Abends stärker werden, durch Injectionen von 0,03 Morphium zu beseitigen sind. Appetit ziemlich gut. Hautfarbe blaß, starke Abmagerung, kein Oedem. Patient kann sich mit Unterstützung aufsetzen und aufstehen. Herz- und Lungenbefund bis auf geringe Bronchitis normal. Bauchhaut sehr schlaff. Im Abdomen nirgends Tumoren. Leber und Milz nicht tastbar. Im Urin kein Eiweiß, kein Zucker, keine Albumosen. Die seitlichen Thoraxpartien beiderseits von der siebenten Rippe an auf-

fallend ausgebaucht, der Rippenbogen dem Darmbeinkamm genähert, die Rippen manchmal auf Druck empfindlich, doch nicht constant. Der untere Teil der Brustwirbelsäule circa gegen den neunten Wirbel stumpfwinkelig vorspringend, doch nicht druckschmerzhaft. Patient selbst, sowie seine Angehörigen geben bestimmt an, daß er früher gerade gewachsen und von strammer Haltung gewesen sei. Die Prostata stark vergrößert, in Form eines rundlichen, sehr harten, höckerigen, wenig empfindlichen Tumors gegen das Rectum vorspringend, die Rectalschleimhaut über derselben unverändert.

Durch diesen Befund konnte die Diagnose mit mehr oder minder großer Wahrscheinlichkeit auf primäres Prostatacarcinom mit Knochenmetastasen gestellt werden. Der weitere Verlauf der Krankheit bestätigte diese Diagnose. Der Patient starb unter Erscheinungen von zunehmender Inanition. Bei der Obduction wurde festgestellt, daß die Metastasen vorwiegend in der Wirbelsäule, den Becken-, Rippen- und Schenkelknochen und teilweise in den Schädelknochen saßen. Außer den Knochen waren nur noch die Lymphdrüsen metastatisch afficirt. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Carcinoma medullare prostatae. Carcinoma metastaticum glandularum lymphaticarum et ossium multiplex ossificans. Die mikroskopische Untersuchung des primären Tumors sowohl als der Metastasen ergab ziemlich übereinstimmend das Bild eines bald klein, bald groß alveolären medullären Krebses. An den Präparaten aus dem primären Tumor fand man an einer Stelle noch deutliche Reste der Prostata. Trotz der medullären Beschaffenheit des Carcinoms war es kein Zweifel, daß es gleichzeitig auch zur Osteoplastik führte.

Die zwei Haupterscheinungen, welche die Tumoren der Prostata machen, nämlich Compression der Harnröhre und des Rectums, standen, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, in keinem Verhältnis zu der mächtigen Vergrößerung des Organs. Auffallend war auch die geringe Druckempfindlichkeit der Prostata. Dagegen war die Vergrößerung der Prostata so bedeutend, das Organ so hart und höckerig, daß die Diagnose leicht zu stellen war.

Lubowski.

Fourré: **Contribution à l'étude de la lymphangite gangréneuse du scrotum, en particulier chez le nouveau-né.** (Ann. de derm. et de syphil. 1899, 10. — Thèse de Paris, 24. Juli 1899.)

Die Lymphangitis ging vom oberen inneren Teil des Oberschenkels aus und griff nach einigen Tagen auf das Scrotum über, wo sich schnell ein gangränöser Herd bildete. Bei einem der Kinder war auch am Penis Gangrän vorhanden. Beide Kinder starben schnell. Die Prognose hängt hauptsächlich von der Verdauung der Kinder ab. Dreyer (Köln).

Carrel: **Cystostomie d'urgence pour des accidents infectieux aigus chez un prostatique.** (Soc. de méd. de Lyon, April 1899. — Lyon médical 1899, 19.)

Ein 70jähriger Mann litt seit einigen Monaten an Dysurie. Vor 12 Tagen Retention, welche mit dem Katheter behoben wurde. Der Katheterismus wurde immer schwieriger, der Patient fieberte. Beim Eintritt in's Krankenhaus war der Harn seit 24 Stunden nicht entleert; die große Blase ging über den Nabel hinaus; die Prostata war sehr groß. Der schwierige Katheterismus entleerte trotz der ausgedehnten Blase nur tropfenweise stinkenden Harn; die Nieren waren groß und schmerzhaft; Temperatur 40,2° C.; heftiges Delirium, Haut trocken, Zunge schmutzig belegt. Sofortige Sectio alta, nach welcher sich viel fötider Urin entleerte; die Blase war atonisch. Die Temperatur fiel nach einigen Tagen definitiv zur Norm, die Delirien erforderten noch einige Zeit die Zwangsjacke. Nach 20 Tagen Heilung. Die sofortige Sectio alta wirkt in so schweren Fällen wie die Oeffnung und Drainage eines Abscesses. Mankiewicz.

Dr. Felix v. Winiwarter (Ober-Hollerbrunn): **Ein Fall von Hydrocele bilocularis intraabdominalis.** (Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 46.)

Die Hydrocele bilocularis intraabdominalis characterisirt sich durch das Vorhandensein von zwei Säcken, von denen der eine im Bauche, der andere im Scrotum gelegen ist. Das die zwei Säcke verbindende Mittelstück, durch welches dieselben communiciren, erscheint durch seine Lage im Leistencanal mehr oder weniger eingeschnürt. Der von Verf. operirte Fall zeichnet sich durch die Größe des intraabdominellen Sackes derart aus, daß er zweifellos unter die Raritäten zu zählen ist.

Der 31jährige, seit seiner Jugend an einem eigroßen Wasserbruch im rechten Hodensacke leidende Patient bemerkte seit zwei Jahren, daß der Wasserbruch sich vergrößert. Vor etwa einem Jahre wurde am Hoden eine Punction des Wasserbruches vorgenommen und dabei 7 l einer klaren, gelblich-grünlichen Flüssigkeit entleert. Nach fünf Wochen wurde er zum zweiten, nach elf Wochen zum dritten Male punctirt. Bei seiner ca. 3/4 Jahre nach der letzten Punction erfolgten Aufnahme in das Krankenhaus war der Patient in hohem Grade abgemagert, äußerst blutarm, er hatte äußerst frequenten Puls, leichtes Fieber und leicht geschwollene Füße. Der Bauch war durch eine große Geschwulst ausgedehnt, welche sich vom rechten Scrotum nach aufwärts bis zum rechten Rückenbogen erstreckte, rechts bis in die Lumbalgegend reichte und sich nach links weit bis über den Nabel ausbreitete. Die Circumferenz des Bauches, in der Nabelhöhe gemessen, betrug 93 cm, die Entfernung des Schwertfortsatzes vom Nabel 18 cm und die des Nabels von der Schamfuge 16,5 cm. Die Geschwulst im Hodensacke ließ sich nicht gegen den Bauch zu verdrängen, doch pflanzte sich die Fluctuation

deutlich von einem Sack in den anderen fort. Links vom Nabel präsentirte sich die Contour der Cyste schon für das Auge. Nachdem die vorgenommenen Punctionen von sofortiger Wiederansammlung der Flüssigkeit gefolgt waren und der Kranke durch dieselben nur in seiner Ernährung heruntergebracht worden, überhaupt bis auf das Aeusserste erschöpft war, so wurde von einer neuerlichen Punction ganz abgesehen und die Auslösung des Cystensackes beschlossen. Es wurde ein langer Hautschnitt gemacht, der schief von oben außen nach unten innen verlief und etwas unter dem äußeren Leistenringe endete. Nach Spaltung der Fascie und der Bauchmuskeln, welche vom äußeren Leistenringe nach aufwärts vorgenommen wurde, und Durchtrennung mehrerer bindegewebiger Schichten stellte sich die Kapsel der Geschwulst an einer etwas verdünnten und daher gelblich durchscheinenden Partie des Sackes ein. An dieser Stelle wurde die Cyste eröffnet, worauf sich die Hydrocelenflüssigkeit unter starkem Drucke und in vollem Strome entleerte. Es wurden nun die Ränder des Sackes gefaßt, die Geschwulst vorgezogen und nicht ohne Schwierigkeiten samt dem Hoden exstirpirt. Die Blutung war im Ganzen äußerst gering. Der Wundverlauf gestaltete sich in den ersten Tagen sehr günstig. Am zehnten Tage ließ sich Verf. durch den durchaus befriedigenden Zustand des Patienten bewegen, den bei der Operation in die Wundhöhle eingelegten Mikulicz'schen Tampon zu entfernen; dieser Eingriff war von sofortigem Fieber gefolgt und gab Anlaß zu einer lange dauernden Eiterung. Der Heilungsverlauf verzögerte sich dadurch ganz bedeutend.

Die exstirpirte Geschwulst bildet einen großen Sack, der an seiner Innenseite mit reichlichen fibrinösen Gerinnungen besetzt ist. Die Wand des Sackes ist 1—1$^1/_2$ cm dick und am stärksten im scrotalen Anteile. An anderen Stellen, besonders vorn in der Gegend des Leistencanals, findet sich eine verdünnte, durchscheinende Stelle der Wand. Die Geschwulst besteht aus zwei Teilen, einem großen abdominalen und einem scrotalen, die durch ein deutlich abgeschnürtes Mittelstück, welches der Länge des Leistencanals entspricht, verbunden sind. Die Länge der ganzen Cyste beträgt 40 cm, der abdominale Anteil 30 cm, der scrotale 10 cm, die größte Breite des Sackes 23 cm. Der Samenstrang war außerordentlich atrophisch und nur noch durch schwache Gefäße angedeutet. Die Geschwulst wurde aus den ihre Kapsel umgebenden Schichten mit Blut versorgt. Ein durch den scrotalen Anteil der Geschwulst geführter Durchschnitt ergab, daß das Gewebe des Hodens in eine bindegewebige, feste, derbe, den Wandschichten ähnliche Masse umgewandelt war, daß aber die Configuration des Hodens sich noch ganz deutlich in der hinteren Wand erkennen ließ. Der scrotale Sack enthielt eine geringe Menge Flüssigkeit, weil die Wand offenbar in Folge der wiederholten Punction und dadurch bedingten Entzündungen außerordentlich dick, über 1$^1/_2$ cm, geworden war. Lubowski.

VII. Blase.

Dr. Alfons Hanč: **Experimentelle Studien über den Reflexmechanismus der Harnblase.** (Wiener klin. Rundschau 1899, No. 43.)

Auf Grund verschiedener mit Giften angestellten Versuche stellte Verf. zunächst fest, daß der erhöhte Blasendruck für sich allein nicht im Stande ist, den Sphincter zu öffnen, daß hierzu vielmehr besondere, von den Nerven ausgehende, auf die Sphinctorenmusculatur einwirkende Einflüsse erforderlich sind. Ferner ergaben die Versuche, daß es für den Detrusor und Sphincter zwei isolirte Centren geben muß und daß die Erregbarkeit dieser beiden Centren eine verschiedene ist. Schließlich stellte Verf. fest, daß der Reflexapparat für den Sphincter nicht so leicht in einen dauernden Lähmungszustand versetzt wird, als der Reflexapparat für den Detrusor. Lubowski.

Krogius und Wallgren: **Note sur l'antagonisme entre le bacterium coli et les autres bacteries urinaires.** (Ann. d. mal. gen.-urin. 1899, No. 8.)

Der Kampf zwischen Rovsing und Krogius über die Harnbacterien tobt unentwegt weiter. Auch diese Arbeit ist wiederum ein Angriff gegen die Rovsing'sche Behauptung, daß das Bacterium coli als Antagonist das Wachstum der anderen Mikroben im Urin aufhebe oder doch wenigstens abschwäche. Unter den Versuchen der Verff. kann man drei Gruppen unterscheiden:

a) Aussaat von Bact. coli und Staphylococcus (aureus resp. alb.) im Urin;
b) Aussaat von Bact. coli mit Streptokokken;
c) Aussaat von Bact. coli mit Streptokokken und Staphylokokken gemeinsam.

Im ersten Versuch gingen die Colonbacillen dreimal zu Grunde, während das Wachstum der anderen ungestört weiter verlief; aber in gleicher Weise passirte auch das Gegenteil, viermal wuchsen beide Mikroorganismen gleichmäßig nebeneinander. Beim zweiten Versuch zeigte sich ständig ein Prävaliren der Streptokokken nach mindestens sieben Tagen. Was den letzten Versuch anlangt, so wuchsen die Strepto- und Staphylokokken ruhig weiter, während Bact. coli nach 2—7 Tagen unterging.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

C. E. Bloch: **Ein Beitrag zur Frage vom Antagonismus des Bacterium coli den sonstigen Urinbacterien gegenüber.** (Hospitals Tidende 1899, No. 34.)

Im Anschluß an die besprochene Discussion teilt B. drei Fälle von Pyurie mit. In den Deckglaspräparaten des steril entnommenen Harns fanden

sich Kokken mit einer reichlichen Menge von Stäbchen zusammen. Beim Plattenverfahren ausschließlich Wachstum von Colonbacillen. (Es muß hervorgehoben werden, daß die Aussaat nur in Agar-Agar, wo man leichter die Urinkokken als auf Gelatineplatten übersieht, vorgenommen wurde. Ref.)

Max Melchior (Kopenhagen).

Delamare: **Rupture extrapéritonéale de la vessie par chute de cheval; infiltration urineux consécutive.** (Revue de chirurgie, August 1899, No. 214. Rapporteur: Picqué.)

Ein Artillerieofficier fällt vom Pferde und wird ein Stück Weges geschleift, wobei er einige Hufschläge abbekommt. Heftige Schmerzen in der Regio hypogastrica und blutige Infiltration des Scrotum treten alsbald auf; einige Tropfen blutigen Harns werden entleert, aber eine Blutung aus der Harnröhre erfolgt nicht. Der Katheterismus ist leicht und wird Morgens und Abends wiederholt. Nach achttägiger Besserung entsteht Fieber und Harninfiltration am Damm und in den Leisten-Hodensack-Falten. Dank vielfacher Incisionen und ausgiebiger Blasenwaschungen mit Kalipermanganatlösungen steht die Urininfiltration und der Kranke heilt.

Die Blasenruptur steht für den Berichterstatter nicht in Zweifel; sie erklärt sich dadurch, daß die gefüllte Blase zwischen den stoßenden Körper und die Beckenwand geriet.

Reynier glaubt, daß man mit der sofortigen Einlegung des Dauerkatheters die spätere Urininfiltration vermieden haben würde.

Sieur hat einen Fall von wahrscheinlich ebenfalls extraperitonealer Blasenruptur durch sofortigen Dauerkatheter und antiseptische Blasen- und Harnröhrenausspülungen glatt geheilt. Mankiewicz.

Audry (Toulouse): **Cystostomie ancienne; fistule cutaneo-muqueuse; autoplastie.** (Lyon médical 1899, 18, 612.)

A. hatte Gelegenheit, bei einer 28jährigen Wirtschafterin eine vor fünf Monaten wegen Blasenbeschwerden angelegte Unterbauchfistel zu schließen, welche, trotzdem sie nur noch punktförmig erschien, den ganzen Harn passiren ließ. Der Fistelgang war trichterförmig, weit offen nach der Blase zu und völlig mit einer rötlichen Schleimhaut ausgekleidet, welche mit der Haut wie mit den durchquerten Fascien verwachsen war. Diese Schleimhaut war verdünnte, weiche, fast normale Blasenschleimhaut. Nach Excision derselben wurde die Blase mit Czerny'schen Nähten geschlossen; dann wurde in Etagen genäht. Prima intentio.

Trotz der Leichtigkeit, mit welcher der Schluß dieser Fistel gelang, hält es A. für besser, in Fällen, wo man nur eine temporäre Fistel schaffen will, die Schleimhaut nicht an die Haut zu nähen. Mankiewicz.

J. H. Branth (New York): **Demonstration of two Cases of Exstrophy of the Bladder, with Suggestion for a new Operation.** (Medical Record, 16. September 1899.)

Es handelt sich um zwei Knaben, der eine 9 Jahre, der andere 9 Monate alt, mit Ectopia vesicae. Als Ursache stellt B. für die Affection die Theorie auf, daß im frühesten Fötalleben in Folge einer Drehung der Schambeingewebe um die horizontale Achse, wodurch das zur Bildung des Penis bestimmte Gewebe oberhalb der Schambeincommissur zu liegen kommt, der Hautteil der Penisüberkleidung eine Vereinigung der beiden Seiten der Linea alba verhindert; später stülpt sich die Blase durch. Der ältere Knabe war vor drei Jahren durch Naht der Blase, die aber nicht in's Becken zurückgebracht wurde, und Schluß der Bauchwanddiastase so weit gebessert, daß er ein passendes Urinal tragen konnte. Künftig will Verf. unterhalb des Schambeins eine Oeffnung anlegen, durch die er den Penis durchzieht; die Blase soll in's Becken versenkt werden, nachdem sie durch Lembert'sche Nähte geschlossen ist. Ein neues Penisdach soll geschaffen werden. Nachdem auf die Weise eine natürliche Lage der Blase ermöglicht ist, wird die vordere Bauchwand durch Nähte schichtweise geschlossen. Auch die Hoden waren in beiden Fällen nicht descendirt. Verf. will, um eine Sterilität zu vermeiden, im Fall obige Operation glückt, auch die Hoden an ihre natürliche Stelle verlagern. Blanck (Potsdam).

Carrel: **Invagination congénitale de la vessie dans l'uretère droit.** (Société des sciences méd. de Lyon, März 1899. Lyon médical 1899, 19.)

Das Präparat fand sich bei einem 34jährigen Manne, welcher an einer schweren Phlegmone der Lenden- und Darmbeingegend nach drei Tagen gestorben war. Beiderseitige Hydronephrose. Die linke Niere ist nur wenig ausgedehnt. Die rechte Niere ist auf ein schmales Gewebe reducirt, welches mit Eiter angefüllt ist und mit einer vielfach zerklüfteten perirenalen Tasche in Verbindung steht; hier war der Ausgangspunkt der Zellgewebsentzündung. Der linke Harnleiter ist etwas erweitert mit normaler Blasenmündung. Der rechte Harnleiter ist gebuckelt und so dick wie ein Dünndarm; seine Wand ist verdickt. Beim Aufschneiden desselben findet man nahe am Orificium vesicae eine weiche runde, 6—7 cm lange Geschwulst, die wie der Dünndarm aussieht, thatsächlich aber eine Invagination der Blasenwand in den Ureter darstellt. Das normal große Orificium uretero-vesicale liegt an der seitlichen Partie des invaginirten Divertikels. Die übrigen Teile des Harnapparates zeigen die Zeichen chronischer Entzündung. Mankiewicz.

Dr. Ziegenspeck: **Zur Therapie des Harnträufelns.** (Deutsche Aerzte-Zeitung 1899, No. 14.)

Die unwillkürliche Entleerung des Blaseninhalts findet sich, abgesehen von Fisteln, auch bei Parametritis, Pelveoperitonitis und Cystitis. Einer besonderen Therapie bedürfen nur jene Fälle, in denen nach Beseitigung

dieser Gelegenheitsursachen Harnträufeln als selbstständiges Leiden weiter besteht, oder aber, wo es von vornherein als selbstständiges isolirtes Leiden bestanden hat. Zur Beseitigung dieses lästigen Leidens hat Verf. vier Methoden angewandt.

1. Die Schließmuskeldrückung nach Brandt. Dieselbe besteht darin, daß man den in der Vagina befindlichen, um die Symphyse herumgekrümmten Zeigefinger zunächst seitwärts hin- und hergleiten läßt, um die Lage von Harnröhre und Blasenhals ausfindig zu machen. Fühlt man den etwa $^1/_2$ cm dicken Wulst wieder über den Finger gleiten, so wird ein möglichst energischer fibrirender Druck gegen denselben ausgeübt, und zwar 2—4 mal, einmal von links, einmal von rechts herkommend. Der Erfolg trat in der Mehrzahl der Fälle und überraschend rasch auf. Zwei- bis dreimalige Wiederholung der Drückungen genügte, um definitive Heilung oder doch wenigstens beträchtliche Besserung herbeizuführen.

2. Die Dehnung des Blasenschließmuskels nach Sänger. Sie besteht darin, daß man einen Metallkatheter einführt und nach allen vier Richtungen der Windrose das Instrument in der Richtung eines Querdurchmessers bewegt, um den Sphincter zu dehnen. Nur in zwei Fällen wurde damit noch Erfolg erzielt, nachdem die Zitterdrückung im Stich gelassen hatte.

3. Die Schließmuskelnaht. Das in drei Fällen angewandte Verfahren ist folgendes: Ohne Narcose wird zunächst eine Schultze'sche Sonde eingeführt, mit einem Knopf, so dick, daß er eben noch bequem eingeführt werden kann (8—10—12 mm). Durch tastendes Zurückziehen des dicken Knopfes kann man leicht die Gegend des Blasenhalses und Schließmuskels durch die Scheidenhaut hindurch tastbar oder auch sichtbar feststellen. Diese Stelle wird angemerkt und ein dicker Katheter in die Harnröhre eingeführt. Ein Faden aus Fil de Florence wird nun rings um Harnröhre und Schließmuskel herumgeführt, und zwar so, daß Einstich und Ausstich auf der Scheidenhaut möglichst wenig von einander entfernt sind. Jetzt wird ein dünner, sog. Kinderkatheter in die Harnröhre eingeführt und über demselben der Faden geknüpft. Der Faden bleibt 8—10 Tage liegen, je nachdem er vertragen wird. Continenz tritt, so lange der Faden liegt, in allen drei Fällen ein. Nach Entfernung des Fadens jedoch besteht sie nur in zwei Fällen weiter, bei dem dritten ist die Incontinenz unverändert und bessert sich auch nachträglich nicht.

4. Resection des Schließmuskels. Diese Operation gestaltet sich sehr einfach. Steinschnittlage, Narcose, Exploration der Gegend des Schließmuskels wie bei der Schließmuskelnaht. Ueber dem in die Harnröhre eingeführten dicken Katheter Längsschnitt und leichtes Zurückpräpariren der Schnittränder. Blutung aus den unbedeutenden Arterienästen steht durch Torsion. Durch Compression mittels eines aseptischen Tampons oder einer Compresse steht auch die venöse Blutung. Letzteres muß abgewartet werden, weil sich sonst der so wie so schwer erkennbare Sphincter nicht deutlich abhebt. Es ist nun nicht nötig, daß alle Fasern desselben durch-

trennt werden, sondern es genügt, wenn man mit der Hakenpincette die Hauptmasse des Muskels emporhebt und mit der Scheere ein 1/2 cm langes Stück ausschneidet. Die durchschnittenen Muskelbündelchen retrahiren sich nun seitlich von dem dicken Katheter. Mit zwei feinen Catgutnähten, auf der einen Seite von vorn nach hinten, auf der anderen von hinten nach vorn gestochen, muß man nun möglichst senkrecht in die Tiefe stechen, um sie mitzufassen. Dann wird ein dünner Katheter eingeführt und über diesem werden die Catgutfäden geknüpft. Der Erfolg ist vollkommen befriedigend. Lubowski.

Dr. Oscar Bernhard: **Ueber Blasenhernien und Blasen-Verletzungen.** (Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte 1899, No. 23.)

Verf. berichtet über drei Fälle von Blasenhernien, welche er bei Gelegenheit von Herniotomien beobachtet hat, und reiht denselben noch einige Fälle von Blasenverletzung an. Er ist der Ansicht, daß Blasenbrüche wohl häufiger vorkommen, als allgemein angenommen wird, und daß manche nach einer Herniotomie rasch letal verlaufene Fälle, in denen keine Section gemacht wurde, vielleicht einer Blasenverletzung zuzuschreiben sein dürften.

In dem ersten Fall handelte es sich um eine 21jährige Patientin, die wegen eingeklemmter Schenkelhernie einer Radicaloperation unterworfen wurde. Hautschnitt unterhalb und parallel dem Poupart'schen Bande. Sorgfältige Isolirung des Bruchsackes von den großen Gefäßen. Eröffnung desselben, der einen mehrfach angewachsenen Netzklumpen enthält; letzterer wird abgelöst und nach Anlegung einiger Ligaturen abgetragen. Nun wird der Bruchsack behufs Radicaloperation noch weiter isolirt und vorgezogen. Da zeigt sich an seiner medianen und hinteren Wand in inniger Verbindung mit derselben ein taubeneigroßes, fettreiches Gebilde, das den Verdacht auf Cystocele erweckt. Es wird ein Metallkatheter in die Blase eingelegt, aber es gelingt nicht, ihn in die Bruchgegend hineinzubringen. Trotz vorsichtiger Abpräparirung mit kurzen Scheerenschnitten wird das adipöse Organ verletzt, worauf etwas gelbliche Flüssigkeit ausfließt. Nun wird nach Abschluß der Bauchhöhle resp. des Bruchsackes durch eine Klemme die gemachte Oeffnung erweitert. Der sondirende Finger gelangt in eine größere Höhle und berührt den eingeführten Katheter, es entleeren sich noch einige Eßlöffel voll Urin. Schluß der Blasenwunde mit zwei Etagen fortlaufender Naht. Hierauf wird nach mäßigem Débridement die Blasenhernie reponirt. Beendigung der Radicaloperation. Drainage der Wunde mit Jodoformgaze. Einige tiefe Knopfnähte, fortlaufende Hautnaht. Nach zwei Tagen wird der Drainstreifen entfernt. Entfernung sämtlicher Nähte am siebenten Tage. Wunde schön lineär verheilt. Erste zwei Tage Verweilkatheter. Katheterisirung dreimal täglich während der folgenden drei Tage. Nachher normale Miction. Patientin ist seither sehr gesund.

In dem zweiten Fall wurde eine Hernia inguinalis dextra interna bei einem 35jährigen Patienten operirt. Im Bruchsack fand man ein großes Stück Netz und eine ca. hühnereigroße Tasche, welche aus dem inneren Teil

des Leistencanals herauskam. Dieselbe wird als ein zweiter Bruchsack angesehen, eröffnet, leer gefunden, unter der Verschlußstelle doppelt abgebunden und abgeschnitten. Nach ca. zwei Stunden fand Verfasser den Patienten collabirt, beinahe pulslos, äußerst anämisch und über Harndrang klagend. Großer, freier Flüssigkeitserguß in's Abdomen. Durch den leicht einzuführenden Katheter werden einige Blutgerinnsel und einige Tropfen flüssiges Blut entfernt. Verf. erkannte sofort, daß das, was er als einen vermeintlichen zweiten Bruchsack abgeschnitten hatte, ein Blasendivertikel war, welches durch wahrscheinlich entzündliche Verwachsung am Ostium nicht nur mit der Blase communicirte, und daß er die Blase angeschnitten hatte. Sofortige Laparotomie. Prävesicales Bindegewebe blutig infundirt, ebenso das Peritoneum. Aus dem Abdomen entleert sich viele stark blutig tingirte Flüssigkeit. Nach Weghebung einer großen Netzpartie im kleinen Becken, welche stark blutig imbibirt ist, findet man den Schnabel des Nélaton frei in die Bauchhöhle durch einen etwa 3 cm langen Riß im Blasenfundus hineinragen. In der Blase selbst große Blutcoagula. Die Blasenwandung ist sehr morsch, von zahlreichen ectatischen Venen durchzogen, welche beim Anfassen leicht einreißen und stark bluten. Am Blasenhals mehrere Blasenhämorrhoiden. Wegen der schlechten Beschaffenheit der Blasenwandungen wird von einer primären Blasennaht mit nachheriger Versenkung der Blase in die Bauchhöhle Abstand genommen, vielmehr wird die Blase vorgezogen, mit steriler Kochsalzgaze tamponirt und durch einige Peritonealklemmen provisorisch an die Bauchdecken fixirt. Nun peinliche Toilette der Peritonealhöhle; durch sterile Kochsalztupfer werden massenweise Blutcoagula entfernt und viel blutiger Urin aufgesaugt. Eine Masse blutiger Flüssigkeit hatte sich hinter dem Colon ascendens und hinter die Leber hinauf verfangen. Um Alles gut entfernen zu können, mußte noch nach rechts ein Seitenschnitt angelegt werden. Endlich erscheint die Bauchhöhle trocken, worauf das Abdomen mit Etagennähten geschlossen wird. Die Blase wird nach Resection einiger morscher Partien mit Knopfnähten in den unteren Wundwinkel eingenäht, ein Verweilkatheter eingelegt und von der Bauchwand aus durch Jodoformgaze, die aber wegen Intoxicationserscheinungen bald durch einfache sterile Gaze ersetzt werden muß, tamponirt. Dauer der Operation $2^1/_2$ Stunden. Der postoperatorische Verlauf war in Bezug auf den Heilungsgang der Operationswunden ziemlich günstig. Am neunten Tage stellte sich aber bei dem Patienten catarrhalische Pneumonie ein, der er bald erlag. Bei der Section zeigte sich die Blasenwand innig mit den Bauchdecken verwachsen.

Der dritte Fall betrifft eine 54jährige Frau mit rechtsseitiger großer Leistenhernie. Operation: Im Bruchsack befindet sich eine große Dünndarmschlinge, das rechte Ovarium und die Tube, letztere ist stark verdickt, entzündlich verändert und an der Bruchsackwand adhärent. Das vergrößerte Ovarium wird abgetragen, die Tube losgelöst und ebenfalls abgebunden. Beim Abpräpariren der Tube zeigt sich, daß noch ein anderes Organ im Bruchsack und demselben adhärent war. Es war eine sackförmige, fett-

reiche Masse, zweifellos ein Teil der Harnblase. Dieselbe wurde sorgfältig abgelöst und in die Bauchhöhle reponirt. Der Bruchsack wurde abgetragen und die Wunde mit Etagennähten, wie bei einer Laparotomie, geschlossen. Der Wundheilungsverlauf war ein ideal guter.

An der Hand obiger Fälle weist Verf. darauf hin, wie wichtig es ist, eine Blasenhernie bei der Operation diagnosticiren zu können. Reverdin giebt folgende Anhaltspunkte dafür: 1. Ein großer Fettreichtum der Bruchgeschwulst; 2. die Lage an der medialen Seite des Bruchsackes, oft als eine härtere Stelle fühlbar; 3. das Durchschimmern von blaßroten, netzförmig angeordneten Muskelfasern. Kummer (Genf) macht noch darauf aufmerksam, daß bei vorliegender Blase ein cylindrisches Gebilde, von unten außen nach oben innen ziehend, auf der Blasenwand lose anliegend gefunden werden kann, welches das Ligamentum vesicae laterale vorstellt. Die Kenntnis dieses Gebildes kann mithelfen, eine Blasenverletzung zu vermeiden. In zweifelhaften Fällen empfiehlt Verf., sich vor allen Eventualitäten dadurch zu schützen, daß man bei Amputation eines verdächtigen Bruchsackes den Stumpf vorsichtshalber sorgfältig in die Bauchwunde einnäht, wodurch der Erfolg der Radicaloperation absolut günstig beeinflußt wird.

Im Anschluß an obige Fälle von Blasenhernie berichtet Verf. über einige Fälle von Blasenverletzung, von denen der eine besonderes Interesse beansprucht. Derselbe betrifft einen 60jährigen Arbeiter, der von einer Leiter rittlings etwa 2 m hoch auf eine offenstehende eiserne Thür herunterfiel. Befund: Rechts von der Analöffnung beginnend, die Raphe des Perineums schräg durchsetzend, den linken Scrotalsack eröffnend und den Beginn der Pars pendula des Penis anschneidend zeigte sich eine tiefe, scharf begrenzte Schnittwunde. Die nähere Untersuchung der Wunde ergab Folgendes: Das Rectum etwa $1^1/_2$ cm hoch eingerissen, Prostata am rechten Lappen der Quere nach durchtrennt und die Blase eröffnet, Bulbus urethrae und Urethra schräg von rechts nach links ganz durchschnitteu, in der eröffneten linken Scrotalhälfte liegen Hoden und Vas deferens frei, Corpus callosum urethrae an der Pars pendula penis angeschnitten. Nach Unterbindung verschiedener blutender Gefäße wird vom Damm aus ein Nélaton'scher Katheter in die Blase eingeführt, vom Penis aus durch eine feine Kornzange gefaßt und durch das Orificium externum urethrae herausgeleitet. Verweilkatheter. Ueber demselben wird die durchschnittene Urethra kreisförmig genau vereinigt, ebenso wird die Rectalwunde mit einigen Knopfnähten geschlossen und auch die Scrotalwunde und die Wunde am Penis durch Naht ohne Drainage vereinigt. Tamponade der Blasen- und Prostatawunde mit Jodoformgaze. Idealer Wundheilverlauf. Die primär vereinigten Wunden heilten reactionslos; sämtlicher Urin floß stets durch den Katheter ab. Die Blasenwunde verkleinerte sich rasch. Drei Wochen nach der Verletzung war der Patient vollkommen geheilt und konnte seinem Beruf wieder nachgehen; keine Strictur. Er ist auch gegenwärtig ganz gesund.

Lubowski.

VIII. Ureter, Niere etc.

Kalabin: **Zur Frage von den Veränderungen in der Schleimhaut des Darmes und der Nieren nach der Implantation des Harnleiters in den Darm.** (Centralbl. f. Chirurgie 1899, No. 51.)

In Anbetracht des immer größer werdenden Interesses, welches der Maydl'schen Operation entgegengebracht wird, dürfte die vorliegende experimentelle Studie des Verfassers von besonderem Wert sein Von vier Hunden, an denen Verf. per laparotomiam die Implantation eines Harnleiters in den Darm ausgeführt hat (cf. diese Monatsberichte 1899, S. 628), überlebte einer den Eingriff. Nach einem Jahre wurde das Tier getötet und secirt. Die mikroskopische Untersuchung der Niere, deren Harnleiter in den Darm implantirt worden war, zeigte folgende Veränderungen: Vor Allem fällt eine bedeutende, gleichmäßig diffuse Wucherung des Bindegewebes zwischen den Harncanälchen der Medullarschicht der Niere in's Auge. Das Epithel der unversehrt gebliebenen Henle'schen Schlingen der auf- und absteigenden Harncanälchen ist gequollen und vacuolisirt, teils auch im Zustande körnigen Zerfalls. Im Lumen derselben befinden sich grobkörnige Eiweißmassen. Wucherung des Bindegewebes macht sich auch in der Rindenschicht bemerkbar, doch in weit geringerem Maße, und ist auf die Markkegel beschränkt. Das Epithel der gewundenen Harncanälchen ist stark gequollen, in dem Lumen derselben giebt es ebenfalls körnige Eiweißmassen. Das Endothel der Bowman'schen Kapsel, sowie der Capillarknäuel ist gequollen, aber es läßt sich auch eine Verdickung des Stroma's derselben wahrnehmen. In der Bowman'schen Kapsel einiger Knäuel werden körnige Eiweißmassen angetroffen. Die Kapsel der Niere ist verdickt und besteht aus dichtem Bindegewebe, welches an einer Stelle, einen Flächenraum von 3 mm im Durchmesser einnehmend, unmittelbar in die Masse der Rindenschicht hineingewachsen ist. An der Oberfläche beobachtet man hier, wie beim Infarct, Collaps des Organs. Die durch das dichte Bindegewebe von einander getrennten Harncanälchen dieses Bezirks stellen sich in Gestalt von erweiterten, des Epithels beraubten Höhlungen dar, welche teils leer sind, teils eine körnige oder homogene Masse enthalten. Die Knäuel dieses Bezirks befinden sich in verschiedenen Stadien der Veränderung, deren Endresultat, wie bei Cirrhose der Niere, Verödung derselben ist; doch giebt es darunter auch ganz verödete, d. h. solche, welche abgegrenzte, rundliche Inselchen aus gequollenem, homogenen Bindegewebe vorstellen. In demselben Bezirk der Niere werden auch ziemlich große Herde von rundzelligem Infiltrat angetroffen.

Das in den Darm implantirte Ende des Harnleiters ist durchgängig; der Harnleiter ist normal. Die Schleimhaut des Darmes unterhalb des im-

plantirten Harnleiters zeigt bei der Inspection keine Abweichungen von dem normalen Zustand. Auch die mikroskopische Untersuchung des Darmes unterhalb der Implantationsstelle läßt keine pathologischen Veränderungen wahrnehmen. Lubowski.

T. H. Rockwell: **The Early Recognition of Kidney Disease, Especially in its Reference to Life Insurance.** (The New York Medical Journal, 23. September 1899.)

Ebenso wenig wie es zweifelhaft ist, daß nach excessiver Muskelarbeit bisweilen nicht unbedeutende Mengen Eiweiß im Urin gefunden werden können, die in der Ruhe wieder verschwinden, ebenso wenig dürfen wir bei scheinbar gesunden Personen auf die Abwesenheit von Eiweiß allzu viel Gewicht legen, da eine solche bei interstitieller Nephritis zeitweise statthat. Die chronische diffuse Nephritis wird meist leicht erkannt, schwer ist die Diagnose oft bei der chronisch interstitiellen Nephritis. Diese Kranken leben oft über lange Zeit in scheinbarer Gesundheit, und nur eine genaue Untersuchung ermöglicht, ihr verborgenes Leiden zu entdecken. Das constant niedrige specifische Gewicht, die Vermehrung der täglichen Harnmenge, die Verminderung der festen Bestandteile, öfteres nächtliches Harnbedürfnis weist auch ohne Eiweißgehalt des Harns auf die Krankheit hin; meist gelingt es auch, im centrifugirten Harn vereinzelte hyaline Cylinder oder auch einen Leukocyten zu entdecken. Herzhypertrophie, hohe Pulsspannung, accentuirter zweiter Ton über der Herzbasis sind weitere unterstützende Merkmale. Eiweißgehalt des Harns bei sonst ganz gesund erscheinenden Personen muß uns in unserem Urteil über die Gesundheit derselben sehr vorsichtig machen, selbst wenn die Functionstüchtigkeit der Nieren durch Bestimmung der Menge des Harnstoffes und der festen Bestandteile sich als intact erweisen sollte; ein solcher Mensch schwebt nach den Erfahrungen des Verfassers immer „über einem Vulcan“, der sich plötzlich mit unheilvollen Wirkungen entladen kann. Mit Vorsicht sind daher solchen Personen Gesundheitsatteste auszustellen. Blanck (Potsdam).

Cand. med. Schirokauer: **Ein Fall von intermittirender Albuminurie.** (Münchener med. Wochenschr. 1899, No. 39.)

Verf. beschreibt einen Fall von intermittirender Albuminurie bei einem 20jährigen Individuum, das mit 14 Jahren Scharlach mit acuter Nephritis durchgemacht hat. Vor vier Jahren hatte sich im Anschluß an körperliche Anstrengung eine Eiweißausscheidung von ca. 1 pro Mille nach Esbach eingestellt, auf eine sechswöchige Bettkur verschwand dann die Albuminurie, bis sie sich nach $1^1/_2$ Jahren im Anschluß an ein kaltes Bad wieder einstellte, um zwei Jahre hindurch, allerdings nur vorübergehend, zu persistiren. Abgesehen von leichten Kreuzbeschwerden und Schwächegefühl in der Lumbalgegend bestehen keine Schmerzen und ist objectiv sonst nichts nachzuweisen. Loeb (Berlin).

Dr. Schüler: **Acute Nephritis als Folgekrankheit des electrischen Sonnenstichs.** (Arch. f. Lichttherapie, November 1899.)

Verf. empfiehlt, bei jedem Falle von electrischem Sonnenstich ungefähr acht Tage nach Heilung der Affection den Urin einer mikroskopischen Untersuchung unterwerfen zu lassen. Er hat bei nicht wenigen Fällen von electrischem Sonnenstich eine leichte acute Nierenentzündung durch die Urinanalyse entdeckt, genau wie nach Scharlach, Influenza, Diphtherie und ähnlichen Infectionskrankheiten solche Nierenentzündungen oft genug auftreten. Das Heilmittel liegt hierbei wieder im „Licht"; es genügen oft zwei oder drei Glühlichtbäder von 40—45° R., resp. die hierdurch hervorgerufene Schweißabsonderung, um die schädlichen Krankheitsstoffe aus dem Körper zu entfernen. Auf den Gedanken, daß sich solche Nierenentzündungen entwickeln können, ist Verf. durch einen eigentümlichen Vorfall gekommen, der sich im Jahre 1870 abspielte. Es waren damals gelegentlich einer an einem sehr heißen Tage abgehaltenen Parade 53 Mannschaften vom Sonnenstich befallen, wobei Verf. ungefähr acht Tage nach der Parade bei nicht weniger als 20 Kranken acute Nierenentzündung fand. Es ergiebt sich daraus, daß Sonne und electrisches Licht dieselbe Wirkung auf den Körper ausüben. Lubowski.

Rudolf Kolisch (Wien-Karlsbad): **Beitrag zur Lehre der im Ablauf acuter Nephritiden auftretenden Albuminurie.** (Sonderabdruck aus der Prager medicinischen Wochenschrift 1899, XXIV, No. 15, 16.)

Heubner hat in seiner Monographie über die chronische Nephritis im Kindesalter zuerst darauf hingewiesen, daß der Uebergang einer acuten Nephritis in eine chronische unter dem Bilde einer cyclischen Albuminurie erfolgen kann; daß derartige Fälle auch in höherem Alter vorkommen, zeigt K. an der Hand zweier, durch lange Zeit beobachteter derartiger Fälle. Im ersten Fall handelt es sich um einen 41jährigen Mann, der während einer heftigen Angina an hämorrhagischer Nephritis erkrankte. Es blieb eine geringe Albuminurie zurück, das Sediment bestand nach ca. 5/4 Jahren ausschließlich aus roten Blutkörperchen, vordem waren auch einzelne Cylinder und Leukocyten vorhanden gewesen. Der zweite Fall betrifft einen 30jähr. Arzt, der während einer Scharlachepidemie unter den Zeichen einer acuten hämorrhagischen Nephritis erkrankte. Auch hier zeigte der Harn nach Verschwinden aller subjectiven und objectiven Symptome — im vorigen Fall hatte sich eine mäßige linksseitige Herzhypertrophie ausgebildet — einen beständigen, wenn auch minimalen (stets unter 0,5 ‰) Eiweißgehalt und im Sediment fast ausschließlich rote Blutkörperchen noch nach drei Monaten. Dieser Befund dürfte vielleicht in der Annahme einer chronischen Glomerulonephritis seine Erklärung finden, jedenfalls ist eine sogenannte partielle Nephritis auszuschließen, welche weder anatomisch noch klinisch sichergestellt werden konnte. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig zu stellen.

Therapeutisch erwies sich die stricte Befolgung einer absoluten Milchdiät als nutzlos, am besten würde eine gemischte Kost mit einer für die chronische Nephritis überhaupt giltigen Diät das Empfehlenswerteste sein.

Blanck (Potsdam).

Jo. H. Linsley (Burlington, Vt.): **Renal casts — their significance and detection.** (Medical Record, 21. October 1899.)

Leider wird auch heute noch oft eine so folgenschwere Krankheit wie der chronische Morbus Brightii übersehen, da im Beginn nur eine exacte mikroskopische Untersuchung des Urins die Diagnose ermöglicht, eine solche aber vielfach nicht angestellt wird oder einer falschen Deutung unterliegt. Derartige Kranke äußern im Beginn ein leicht gesteigertes Harnbedürfnis, klagen über leichte Verdauungsstörungen und Dyspnoe bei Bewegungen, seltener über Neuralgien. Der Urin zeigt chemisch bis auf einen nicht immer vorhandenen, ganz geringen Eiweißgehalt ($^1/_{40}$ pCt. und weniger) und auch makroskopisch keine Besonderheiten. Erst bei der mikroskopischen Untersuchung des spärlichen, wolkigen Sediments findet man eine mehr oder weniger große Menge von hyalinen Cylindern, ein paar Harnsäurekrystalle und solche von oxalsaurem Kalk, wenige rote, mehr weiße Blutkörperchen und Epithelien. Verf. bespricht sodann die Structur der Tubuli uriniferi der Niere, der Ursprungsstätte der Harncylinder; bei ungenügender Ernährung, erhöhtem arteriellen Blutdruck etc. lassen die Epithelien derselben, die in normalem Zustand einen Durchtritt des Blutserums verhindern, dieses durchtreten, es coagulirt und wird durch den nachfolgenden Harnstrom als hyaliner Cylinder ausgeschieden. Haften sich diesem Grundmaterial andere Bestandteile, wie Blutzellen, Epithelien etc. an, so erhält der Cylinder einen entsprechenden Namen, wie Epithelcylinder u. s. w. Ob ein Cylinder breit oder schmal ist, hat für die Beurteilung der Schwere der Erkrankung keine Bedeutung. Das Vorhandensein von hyalinen Cylindern im Urin, selbst bei negativem Ausfall der Eiweißproben, muß eine sorgfältige Ueberwachung des Kranken veranlassen. Häufig findet man sie bei der sog. harnsauren Diathese, einer häufigen Vorläuferin nephritischer Processe Granulirte Cylinder, die Granula entstehen durch Veränderung des Protoplasmas von Epithelien, roten und weißen Blutzellen und anderer zelliger Gebilde, deuten immer auf einen vorwiegend parenchymatösen Proceß von erst ziemlich kurzer Dauer; später ist auch meist das Stroma beteiligt. Daß die grobkörnigen Granula durch Zerfall der epithelialen Zellkerne entstehen, ist eine vielverbreitete Ansicht, ebenso daß sie auf einen acuten Proceß hinweisen. Epitheliale Cylinder sind für acute parenchymatöse Entzündung pathognomonisch. Blut- und Fibrincylinder deuten auf eine renale Blutung, die durch eine acute Nephritis, hämorrhagischen Infarct, maligne Geschwulst verursacht sein kann. Eitercylinder sind ziemlich selten, kommen vor bei multiplen renalen Abscessen, Pyelonephritis und jedem eitrigen Vorgang im Nierenparenchym. Fettcylinder sind ein Zeichen für die Chronicität des Leidens oder die toxische Natur des ätiologischen Factors. Bacterielle

Cylinder finden sich bei septischer Nephritis und haben eine schlechte Vorbedeutung. Wachs- oder Amyloidcylinder (Amylum als solches hat sich noch nicht nachweisen lassen) zeigen sich bei Tuberculose, Syphilis, Carcinom und gewissen Intoxicationen. Cylindroide, die von den Nieren stammen, lassen sich durch ihr Aussehen, das an gewissen Teilen an hyaline Cylinder erinnert, von cylinderähnlichen Gebilden, die in den Ausführungsgängen von Schleim- und anderen Drüsen des Urogenitaltractus entstehen, wohl unterscheiden. Zum Schluß seiner interessanten Ausführungen, denen allerdings nicht in Allem, wie z. B. in Bezug auf die Genese der hyalinen Cylinder beizustimmen ist (Ref.), giebt Verf. eine kurze Anweisung über die mikroskopische Technik zur leichteren Erkennung der Harncylinder und berichtet über einen Krankheitsfall, der die Wichtigkeit der mikroskopischen Untersuchung des Harns in's rechte Licht stellt. Blanck (Potsdam).

Walter Sands Mills (New-York): **Bright's Disease, or Nephritis.** (Medical Record, 26. August 1899.)

Verf. giebt zunächst historische Bemerkungen, bespricht sodann die Aetiologie und Einteilung des Morbus Brightii, nachdem er den Begriff genau definirt hat. Sodann entwirft er uns in ausführlicher und exacter Weise das klinische Bild der acuten und chronischen Nierenentzündung. Die anschauliche und präcise Schilderung aller Einzelheiten, die kaum unbekannte Dinge wiedergiebt, verdient nicht, als Artikel selbst einer sehr verbreiteten Zeitschrift flüchtig gelesen und dann dem Vergessen preisgegeben zu werden, sie dürfte, als Abhandlung in einem Lehrbuche der speciellen Pathologie und Therapie, dem Arzte wie dem angehenden Mediciner jeder Zeit zugänglich, eine orientirende Lecture bilden, manches Vergessene in Erinnerung bringen, manches Unbekannte in der Erscheinungen Flucht dieser auch heute noch leider oft übersehenen Krankheit dem Lernenden zur Erkenntnis bringen. Wir sehen daher von einem Referat der Details ab und verweisen auf das Original, dessen Lecture wir jedem Arzte angelegentlich empfehlen.

Blanck (Potsdam).

Le mûrier comme diurétique. (Arch. prov. de méd. et de chir., Juni 1899.)

In Sibirien wird ein Thee aus Maulbeerbaumblättern als energisches Diureticum gebraucht. 2,5 Fol. mororum sollen mit 300 ccm kochendem Wasser übergossen und 10 Stunden an warmem Orte stehen gelassen werden; Morgens und Abends drei Tage hinter einander eine Tasse zu nehmen. Der Geschmack soll nicht unangenehm sein. Die Harnflut soll eine beträchtliche sein. Mankiewicz.

Albarran: **Nouveaux procédés d'exploration appliqués aux diagnostic des calculs du rein.** (Ann. d. mal. gén.-urin. 1899, 7.)

Für die Diagnose der Nierensteine besitzt die Neuzeit drei Methoden: die Phonendoskopie, den Harnleiterkatheterismus und die Radiographie. Die

erste stammt von Bianchi und ist äußerst unsicher; täuschte sich doch sogar der Autor selbst in einem von zwei Fällen. A. selbst hat sie bislang nicht versucht. Sehr viel wertvoller sind dagegen die Cystoskopie und insbesondere der Harnleiterkatheterismus, und namentlich dann, wenn derselbe bezüglich einer Niere ein positives Resultat giebt. Ein negatives Resultat beweist aber keineswegs die Abwesenheit eines Steines. Meistens kann man schon durch den cystoskopischen Befund der Harnleiterpapillen eine sichere Diagnose stellen, da meist die Papille der erkrankten Seite verändert ist. Als dritte Untersuchungsmethode ist neuerdings die Radiographie hinzugekommen. Bisher lagen aus den anderen Ländern 12 Veröffentlichungen vor, hierzu kommt die erste aus Frankreich Die Methode hat ihre Schwierigkeiten, da die verschiedenen Steinarten das Licht verschieden durchlassen. Am durchlässigsten sind die am häufigsten vorkommenden Urate, es folgen dann die Carbonate, Phosphate, und am besten zu radiographiren sind die Oxalate. Jedenfalls ist von der Methode für die Zukunft noch vieles zu erhoffen, an ihr aber ebenfalls noch vieles auszubauen. Es werden dann noch einige technische Maßregeln hinzugefügt. Der Arbeit ist ein Photogramm, auf dem sich die Steine ausnehmend gut abheben, beigegeben.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Prof. Israel: **Ein Fall von primärer Nierenactinomycose.** (Vortr. u. Demonstr. der Berl. klin. Gesellsch. vom 29. December 1899. Berl. klin. Wochenschr. 1899, No. 51.)

Es handelt sich um die erste Beobachtung einer in den actinomycotischen Formenkreis gehörigen primären Erkrankung der Niere, welche vor der Operation diagnosticirt werden konnte. Der 33jährige, bis dahin gänzlich gesunde Patient zeigte seit November 1892 Hämaturie, die ab und zu mit dumpfen Druckempfindungen in der linken Nierengegend verbunden war. Diese Blutungen wiederholten sich häufig, insbesondere nach körperlichen Uebungen, ohne daß er zunächst davon besonders afficirt war. Im October 1894 wurde er mittelst der Nephrotomie behandelt, in der Vorstellung, es mit einem Nierenstein oder mit einer sogenannten essentiellen Nierenblutung resp. renalen Hämophilie zu thun zu haben. Das Resultat war ein unerfreuliches. Zunächst trat Trübung des Urins auf, welche bisher nicht beobachtet worden war, dann wiederholten sich nach einem freien Intervall die Blutungen in größeren Abständen wieder. Aber es begann von nun ab eine Periode des allgemeinen Verfalls. Im Frühjahr 1898 erfolgte an der Operationsstelle ein fistulöser Aufbruch, und im August d. J. trat unter hohen Fiebererscheinungen eine Verwölbung der Nase auf, welche nach Incision nur ein ganz geringes Quantum Eiter entleerte.

Status praesens: Ungewöhnlich blasser Mann, der an der Stelle der Nephrotomie eine quer gerichtete Narbe trug, in der man drei oder vier erbsengroße, gelblich durchschimmernde Erhabenheiten wahrnahm. Der palpirbare Abschnitt der Niere fühlte sich hart und etwas uneben an. Bei der Incision eines der kleinen Buckel entleerte sich ein Tropfen Eiter, in

dem einige Körner schwammen, welche sofort den Eindruck von Actinomyceskörnern hervorriefen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte diese Vermutung, sofern dunkle, drusige Pilzhaufen mit ausgezeichneter Keulenanordnung gefunden wurden. In dem diffus trüben Urin bildete sich schnell ein mäßiges Sediment. Breitete man dieses auf einem Glasteller aus, so konnte man erkennen, daß darin eine große Anzahl staubgriesartiger, schnell zu Boden sinkender Körper sich befanden, welche, unter das Mikroskop gelegt, sich als runde Häufchen von aggregirten Eiterkörperchen erwiesen, in deren Centrum jedes Mal ein Pilzrasen sich befand. Dieser Pilzrasen war manchmal verkalkt, zum größten Teil nicht. Die cystoskopische Untersuchung der Blase zeigte vollkommene Freiheit der Blasenschleimhaut, mit Ausnahme einer auf die Gegend der Uretermündung beschränkten Ulceration. Auf Grund aller dieser Befunde stellte Vortragender die Diagnose auf Actinomycose der Niere und machte Exstirpation.

Beschreibung des Präparates: Der untere Teil der Niere ist ziemlich wohl erhalten. Im Nierenbecken steckt ein großer Corallenstein. Der obere Teil der Niere wird eingenommen von einem orangegroßen Tumor; dieser Tumor zeigt in einer grauen, glänzenden, über das Niveau vorspringenden Grundlage eine große Reihe von gelben Einlagerungen, teils in Gestalt von einzelnen prominenten Knötchen, teils von Streifen Die mikroskopische Untersuchung dieser gelben Einlagerungen ergiebt ein Gewebe, in welchem eine enorme Anzahl ganz großer Fettkörnchenzellen eingelagert sind, und darin befinden sich nun die Pilzdrusen. Eine ähnliche, gelbe, weiche Gewebsbildung findet sich stellenweise zwischen der enorm verdickten Kapsel und der Niere. Der im Becken befindliche große Corallenstein ist nichts weiter als ein Conglomerat verkalkter Pilzhaufen in eitriger Grundlage. Ueber die Eingangspforte der Infection ist nichts bekannt. Lubowski.

Paul Delagénière (de Tours); **Epithélioma cystique d'un rein ectopié, simulant une hydronéphrose; néphrectomie lombaire.** (Société de chir. 1899. Revue de chir., August 1899. Rapporteur: Picqué.)

Eine Frau leidet an intermittirender Hydronephrose, deren Ursache eine bewegliche Niere zu sein scheint. Beim Versuch einer Nephrorrhaphie findet D. die Niere verlagert und so fest verwachsen, daß er sie entfernen muß. Nach 14 Tagen war die Patientin geheilt. Der am convexen Rande incidirte Tumor entleert klare, zähe, fadenziehende Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung der Nierenwand zeigt zur großen Ueberraschung D.'s das Bild des Epithelioma cysticum mit dem Vorherrschen einer Cyste. Mankiewicz.

Chavannaz (Bordeaux): **Nephrostomie pour anurie compliquant un cancer de l'utérus.** (Société de chir., 26. April 1899. Revue de chir., Juni 1899, 823.)

Eine 43jährige Frau kommt wegen einer drei Tage dauernden Anurie in's Krankenhaus. Die linke Niere ist nicht zu fühlen, die rechte Niere

reicht bis zum Nabel. Ein Aderlaß von 500 g und eine Seruminjection (d. h. Salzlösung. Ref.) regelten die Diurese wieder. Die Frau hat ein großes Uteruscarcinom. Nach acht Tagen neue Anurie, bei welcher die Seruminjectionen erfolglos blieben. Ch. etablirte eine Nieren-Lendenfistel der rechten Seite; seitdem entleert sich der ganze Harn durch die Fistel; die linke Niere liefert nicht einen Tropfen in die Blase. Die Kranke lebt nach mehr als fünf Monaten nach der Operation noch. Mankiewicz.

Hochenegg: **Ueber einen Fall von Nierendystopie.** (Sitzungsberichte der k. k. Ges. der Aerzte in Wien. Wiener med. Blätter 1899, No. 51.)

Die 52 Jahre alte Patientin litt seit ihrer Jugend an Stuhlbeschwerden, durch Gravidität wurden dieselben noch verstärkt. Die Patientin war siebenmal gravid, viermal abortirte sie, die Entbindung dauerte immer sehr lange, war sehr schmerzhaft und erfolgte immer in Steißlage. Seit der letzten Entbindung, die vor 20 Jahren stattfand, vergrößerten sich die Stuhlbeschwerden derartig, daß Pat. im Sommer dieses Jahres nur alle 10–14 Tage Stuhl hatte und dabei fortwährend an heftigem, schmerzhaften Stuhldrang litt. Die Defäcation konnte nur in horizontaler Lage vor sich gehen, Abführmittel vertrug die Kranke nicht. Daneben stellten sich nervöse Erscheinungen ein: Sprachlosigkeit, Verfolgungswahn, furibunde Delirien. Die Untersuchung ergab einen Tumor im Becken, welcher das Rectum nach links verdrängte und hochgradig comprimirte; derselbe wurde für ein intraligamentäres Myom gehalten. Die Untersuchung in der Narcose zeigte jedoch, daß er retroperitoneal gelegen war. Die vorgenommene Operation wurde nach der sacralen Methode ausgeführt: Exstirpation des Os coccygis und zweier Kreuzbeinwirbel, Freipräpariren des Rectums vom Tumor. Derselbe war in eine Fettkapsel eingebettet und erwies sich als die verlagerte Niere, welche nach Unterbindung der Hilusgefäße entfernt wurde. Die Heilung wurde durch einen neuerlichen Ausbruch nervöser Erregungszustände unterbrochen, welche erst allmählich aufhörten, als der Darm von den massenhaft angesammelten Fäces entleert worden war. Seither besteht normale Stuhlentleerung und vollkommene Gesundheit. Es handelte sich in diesem Fall um eine in die Kreuzbeingegend congenital verlagerte Niere; dieselbe hatte eine dreikantige Gestalt, war klein, der Hilus sah nach vorn. Die Dystopie der Niere kommt sehr oft mit anderen Mißbildungen vergesellschaftet vor. Eine klinische Bedeutung gewinnt diese Lageanomalie dann, wenn die verlagerte Niere erkrankt, ein Geburtshindernis abgiebt oder mit nervösen Erscheinungen vergesellschaftet ist, die immer von Stuhlverstopfung begleitet sind. Fast sämtliche Fälle wurden bisher unter falscher Diagnose operirt, nur in einem Fall wurde die richtige Diagnose gestellt. Die Diagnose des Tumors wäre vielleicht aus der Lage des Hilus und der zu ihm verlaufenden Gefäße, sowie aus dem Ergebnis der Uretersondirung zu erschließen. Therapeutisch ist bei gesunder zweiter Niere in geeigneten Fällen die Exstirpation zu empfehlen. Immerwahr (Berlin).

Fr. Dahl: Nierengeschwülste, entstanden durch losgerissene (versprengte) Nebennierenkeime. (Hosp. Tidende 1899, 6, 7.)

Nach einer gründlichen historischen Uebersicht werden sechs Fälle von Nierengeschwülsten mitgeteilt mit beigefügter besonders genauer mikroskopisch-histologischer Beschreibung.

Folgende Gründe haben Verf. zu der Ansicht bewogen, daß diese sechs Geschwülste von in der Nierensubstanz eingelagertem Nierengewebe herstammen:

1. Die weißgelbe Farbe der meisten Knoten, eben dieselbe Farbe, welche auch die Nierenrinde hat. 2. Das häufige Vorkommen von Hämorrhagien mit Blutinfiltration mehrerer Knoten, welches der ganzen Geschwulst dasjenige bunte Aussehen giebt, welches die malignen Geschwülste der Nebenniere in gleicher Weise darbieten. 3. Es waren in den meisten Fällen Geschwulstthromben in den Venen vorhanden; in allen Fällen wurden die kleinen Venen durch Mikroskopie als mit Geschwulstzellen erfüllt gefunden, ein eben durch die eigentümliche Structur der Nebenniere bedingtes Verhalten. 4. Endlich noch die mikroskopischen Verhältnisse: Es waren die Zellen in frischem Zustande, mit großen Fetttropfen gefüllt oder einer kleinen Epithelzelle, in welcher der Kern vollständig verdeckt war, ganz ähnlich. Das Nierenepithel mag wohl Fett enthalten, aber stets nur als kleine Tropfen, niemals als Fettinfiltration wie in den Geschwulstzellen. Sobald das Fett durch Erhärtung und Einschmelzung in Celloidin herausgezogen, erschien der Kern und die Zelle präsentirte sich als glasklare, epithelähnliche Zelle mit großem Kern von runder oder ovaler Form und mit einem einzelnen Kernkörperchen. Das Stroma bestand häufig nur aus schmalen, feinen Capillaren, die an verschiedenen Stellen sich zu größeren unregelmäßigen Hohlräumen erweiterten. Geschwulstgewebe und Nierengewebe waren gewöhnlich durch eine Bindegewebsmembran scharf geschieden. Solche Nierengeschwülste ähneln in dieser Weise sowohl makroskopisch als mikroskopisch ganz den von der Nebenniere selbst ausgehenden Geschwülsten.

Auf welchen Platz im System man die Geschwülste zu setzen hat, ist etwas unsicher. Huldigt man der Anschauung Stilling's, daß die Nebenniere ihren Ausgang von der Mesoderm habe, so würden dieselben zu den alveolären Sarcomen zu rechnen sein. Da aber die Zellen von der Alveolenwand scharf abgegrenzt sind und oft ihr epitheliales Aussehen haben, und da die meisten Untersucher der Meinung sind, die Nebenniere sei epithelialen Ursprungs, hält der Verfasser die Diagnose Adenoma malignum oder Adenocarcinoma für die richtigste

Noch in einem siebenten Falle, der einen 13jährigen Knaben betraf und von der chirurgischen Abteilung des königlichen Frederiks-Hospitales herrührt, wurde die Geschwulst, die von O. Bloch durch Amputation der unteren Hälfte der Niere entfernt wurde, ganz den früher besprochenen Fällen ähnlich befunden, welche Geschwulst aber das besondere Merkmal darbot, daß sie mit papillären Cystenräumen versehen war: Cystadenoma suprarenale aberratum papilliferum. Max Melchior (Kopenhagen).

Dr. Christomanos (Athen): **Ueber die Zahl der roten Blutkörperchen in zwei Fällen von Nebennierenerkrankung.** (Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 42.)

Die eine Beobachtung des Verfassers bezieht sich auf einen klassischen Fall von Morbus Addisonii, die andere auf einen Fall beiderseitiger Nierenentartung mit Beteiligung der benachbarten Lymphdrüsen. In beiden Fällen wurde eine Blutkörperchenvermehrung constatirt, die um so auffallender war, als es sich um Kranke handelte, die durch jahrelanges oder zum mindesten mehrmonatliches Leiden stark herabgekommen waren und fast alle Symptome einer vorgeschrittenen Anämie zeigten. Nach Lage der Verhältnisse war anzunehmen, daß es sich in beiden Fällen um eine scheinbare Vermehrung der roten Blutkörperchen, d. h. um eine Eindickung des Blutes handelte. Bezüglich der Entstehung der letzteren hält Verf. folgenden Modus für wahrscheinlich (die Neisser'sche Theorie, nach der die Eindickung des Blutes auf durch den Darm erlittene Wasserverluste zurückzuführen sei, konnte in den Fällen des Verfassers nicht in Betracht kommen). Durch die Erkrankung der Nebennieren und der benachbarten Lymphdrüsen wurden die großen Nervengeflechte, welche die Baucheingeweide versorgen, in Mitleidenschaft gezogen (durch einfachen Druck, durch Einbeziehung in den krankhaften Proceß oder durch toxische, in Folge des Ausfalles der Nebennierenfunction verursachte Wirkungen). Die Degeneration oder die Ausschaltung der nervösen Apparate hatte aber eine mehr oder minder ausgesprochene Störung in ihrer Function zur Folge, deren Verminderung oder völliges Erlöschen, durch Herabsetzung des Tonus der Bauchgefäße, eine Stauung großer Blutquantitäten im Splanchnicusgebiete nach sich zog und eine davon abhängige Anämie oder, richtiger gesagt, eine „Oligämie" der peripheren Gefäße, resp. eine Anämie des Gehirns, der Haut und der Schleimhäute verursachte. Die auf eine solche abnorme Blutverteilung zurückzuführenden Erscheinungen (Magen- und Darmstörungen, Gefühl von Schwäche, Ohrensausen, Ohnmachtsanwandlungen, Erbrechen etc.) sind aber auch diejenigen Symptome, welche gewöhnlich bei Morbus Addisonii vorkommen und eine hervorragende Rolle spielen. Diesen Auslegungen gemäß circulirte in der Körperperipherie weniger Blut als normaliter, und den Geweben wurde in Folge dessen weniger Flüssigkeit zugeführt. Dadurch aber, daß die zur Ernährung der Gewebe dienende Plasmamenge einer geringeren Quantität Blutes entsprach, wurde dieses eingedickt und erschien bei der Untersuchung blutkörperchenreicher.

Diese scheinbare Vermehrung der roten Blutkörperchen kann auch diagnostisch von Wichtigkeit sein und als Symptom dauernd herabgesetzten Blutdruckes, bei Anschließung aller anderen ursächlichen Momente, eine Läsion im Splanchnicusgebiete (event. auch in den benachbarten Nebennieren) andeuten. Lubowski.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.





Pharmaceutische Abtheilung.

Protargol

leichtlösl. organ.

Silberpräparat

zur

Gonorrhoe- und zur Wundbehandlung.

Hohe bactericide Eigenschaften bei absoluter Reizlosigkeit.

Dosis: acut. Gonorrhoe 1—3% (chron. 5—10%) Lösungen, zur Wundbehandlung 5—10% Salbe.

Europhen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vortheil verwendet bei: Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata, syphilitischen Ulcerationen.

Anwendung in Pulverform: Europhen, Acid. boric. pulv. a. p. aequ. oder als 5—10% Salbe.

Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen:

Brandwunden, Ulcus cruris, venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme, Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz und in 5—10% Salbe.

Schutzmarke:



Chinosol

$(C_9H_6N.OSO_3K.)$

D. R. P. No. 88520

in Tabletten à 1 Gramm, ½ Gramm, ¼ Gramm.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indikation: **Wundbehandlung, geburtshilfliche Praxis, Geschlechts-** und **Hautkrankheiten, Hals-, Nasen-** und **Ohrenleiden,** für **antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfektion, Desinfektion der Krankenräume,** ferner bei **Phthise, Tuberkulose, Lepra** etc.

Bezügliche Litteratur und Receptformeln gratis und franko.

Argentol $(C_9H_5.N.OH.SO_3.Ag.)$

schwer lösliches, labiles Oxychinolin-Silberpräparat

ungiftig — reizlos.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Zur Technik der operativen Behandlung der Harnröhrenstricturen.

Von

Dr. **F. Kreissl,**

Professor of Genito-Urinary-Surgery, Chicago Clinical School.

Das zufriedenstellende Resultat einer Stricturoperation ist von folgenden Bedingungen abhängig: „Genaue Bestimmung der Lage, Ausdehnung, Qualität und des Calibers der Verengerung, eine präcise Durch- resp. Ausschneidung des stricturirenden Gewebes und eine richtige Nachbehandlung.“ Dies ist jedoch nur bei Auswahl der geeigneten Instrumente durchführbar. Eine Anzahl von Aerzten benutzt noch immer zur Diagnose der Strictur die gewöhnliche Steinsonde aus Metall oder Bougies aus elastischem Gewebe. Abgesehen davon, daß man auf diese Weise eine Reihe elastischer Stricturen übersehen wird, weil sie dem Passiren eines gleichmäßig calibrirten Stabes keinen merklichen Widerstand entgegensetzen, werden diese Instrumente bei Verengerungen kleineren Calibers uns wenig Aufschluß über den Aufbau und die Ausdehnung derselben geben. Und gerade die elastischen, fibrösen Stricturen sind neben den callösen diejenigen, welche die quälendsten unmittelbaren und Reflexsymptome hervorrufen und ausschließlich blutiges Eingreifen erfordern. Das geeignete Instrument zur Feststellung einer Strictur ist die mit einer Gradeinteilung am Schaft versehene Bougie à boule, wobei zu beachten ist, daß man stets die Exploration der Harnröhre mit den großen Nummern zu beginnen hat, um dann graduell zu denen kleineren Calibers überzugehen; dieser Vorgang ist besonders wichtig bei dem Vorhandensein mehrerer Stricturen verschiedenen Calibers. Für die Exploration der häutigen und prostatischen Harnröhre eignen sich Bougies, deren Metallschaft im

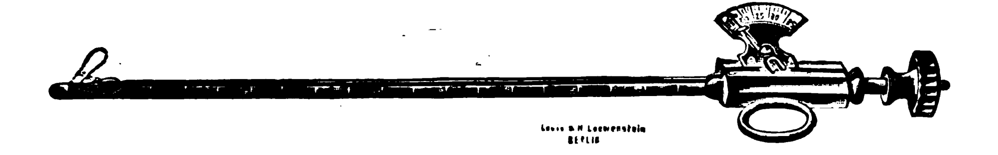
Sinne einer gewöhnlichen oder einer Béniquésonde gekrümmt ist. Die Gradeinteilung am Schaft ist in Centimetern, der gerade Schaft trägt eine solche bis zu 14 cm, der gebogene bis zu 20, das Blasenende desselben läuft in ein Schraubengewinde aus, in welches die verschiedenen großen Oliven befestigt werden. Die Bougie à boule gestattet auch, die Ausdehnung der Strictur in der Längsachse der Harnröhre annähernd zu bestimmen durch das der Hand des Untersuchenden mitgeteilte Gefühl des „Entrirens“ der Olive bei dem Eintritt in die Verengerung und des Freiwerdens bei dem Verlassen derselben; doch giebt uns das Urethroskop häufig darüber viel genauere Informationen, weil es uns in die Lage setzt, die durch die Infiltration verursachten Veränderungen der Centralfigur, die Abwesenheit der Längsfaltung und die eigentümliche Verfärbung der die pathologische Masse überziehenden Schleimhäute direct zu sehen und deren Ausdehnung zu verfolgen. Durch die Bougie à boule sind wir aber noch nicht im Stande, zu bestimmen, ob die Verengerung eine bandförmige, semilunare oder eine klappenförmige Gestalt hat, ob sie an der oberen oder unteren Wand der Harnröhre etablirt ist oder ob sie dieselbe ringförmig ergreift.

Diesem Zweck entspricht der von mir angegebene Localisator.[1]) Derselbe besteht aus einem mit einer Centimerscala versehenen 18 cm langen Stabe von 14 Charrière Caliber, an dessem Ende ein $1^1/_2$ cm langer, mit kugligem freien Ende versehener Taster gelenkig befestigt ist, der in geschlossenem Zustande in einer Rinne des Stabes liegt. Durch ein Schraubengewinde im Pavillon des Schaftes wird der Taster beliebig weit bis zu 35 Charrière von der Nische weg winklig aufgestellt und seine jeweilige Elevation an einem neben der Schraube angebrachten Indicator abgelesen. Man führt das Instrument bis unmittelbar hinter die von der Bougie à boule vorher bezeichnete stricturirte Stelle, was durch die Gleichartigkeit der Scala der Instrumente mit Präcision geschehen kann, wendet den Taster der oberen Harnröhrenwand zu und bringt ihn aus seiner Nische so weit hervor, daß der Indicator die nächst höhere Nummer Charrière anzeigt, welche die Olive hatte, mit der wir das Caliber der Strictur vorher bestimmten. Sodann versuchen wir, das Instrument in der Richtung gegen den Meatus zu ziehen; gelingt dieses, ohne daß das Kugelende des Tasters einen Widerstand findet und angehalten wird, so ist das beweisend, daß es sich weder um eine annuläre noch um irgend eine Strictur an der oberen Wand handelt, und werden wir, zum Ausgangspunkt zurückkehrend, den Taster gegen die untere Wand drehen, in gleicher Weise

---

[1]) Verfertigt von Louis u. H. Loewenstein, Berlin N.

wie früher aufstellen und nach vorn ziehen und sogleich fühlen, daß das Kugelende angehalten wird. In der häutigen Harnröhre nehmen die Stricturen immer ihren Ausgangspunkt von der unteren Wand, in welcher der allerdings spärliche Folliculärapparat seinen Hauptsitz hat. Die Stricturen am Sphincter internus sind fast ausschließlich ringförmige. Aus dieser neben anderen später zu erwähnenden Ursachen ist der Localisator in der Pars posterior überflüssig. Wie man aus den vorhergehenden Bemerkungen ersieht, geht es nicht an, mit Guyon von der oberen Wand als der „chirurgischen" zu sprechen und nur dort zu incidiren, oder nach H. Thompson stets nur an der unteren Wand zu urethrotomiren, weil es dann wiederholt vorkommen wird, daß wir statt der Strictur normales Gewebe durchtrennen, dadurch allerdings momentan die Lichtung der Harnröhre erweitern, aber die Grundbedingung, das stricturirende Gewebe bis zur letzten Faser zu durchtrennen, damit nicht erfüllen. Man wird daraus die Wichtigkeit der exacten Localisation der verengernden Gewebsmassen ermessen



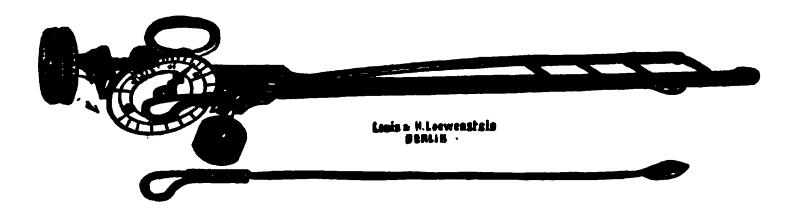
können. Von wesentlicher Bedeutung für das Gelingen der Urethrotomie ist auch die Kenntnis der Ausdehnung der Strictur in der Längsachse der Harnröhre, was nicht so sehr für die elastischen, klappen- und bandförmigen Verengerungen gilt, die ja gewöhnlich kaum länger als einige Millimeter sind, als für die callösen. Um den Effect der Urethrotomie zu würdigen, ist es wertvoll und instructiv, die Vorgänge an der Incisionsstelle unmittelbar und einige Tage nach der Operation durch das Urethroskop zu betrachten. Die vordere Harnröhre besitzt ein mächtiges Lager circulärer Muskelfasern; wenn wir eine kurze fibröse Strictur vollständig durchschneiden, so entsteht nicht ein einfacher Spalt, sondern durch die Retraction dieser Musculatur eine Figur, welche die Form eines Ellipsoides darstellt, dessen zwei gegenüberliegende Winkel in der Längsachse der Harnröhre liegen. Je kräftiger die Kreisfasern entwickelt sind, je weniger Infiltration neben der elastischen Strictur existirt, desto mehr werden die Wundränder klaffen, welcher Defect später mit Granulationen ausgefüllt wird und sich überhäutet. Wenn jedoch nicht sämtliche Fasern der Strictur durchschnitten

wurden oder nicht genug kräftige Musculatur vorhanden ist, so kommt diese ellipsoide Figur nur mit einem sehr kleinen Radius zu Stande, und die schmale Schnittwunde schließt sich durch Verklebung ihrer Ränder. Dieses kann man sowohl an callösen Stricturen, besonders an solchen verfolgen, welche über $1^1/_2$ cm lang sind, als auch an fibrösen, welche von Infiltrationen umgeben sind. Daraus folgen zwei Schlüsse: 1. Daß der innere Harnröhrenschnitt bei callösen Stricturen, besonders bei solchen über $1^1/_2$ cm Länge, nicht indicirt ist und 2. daß man trachten soll, die Infiltrate, welche die fibrösen Stricturen umgeben, vor der Urethrotomie zu reduciren. Dies kann man langsam durch Bougirungen oder rascher durch Electrolyse mit sehr schwachen Strömen erreichen. Das letztere Vorgehen bietet auch noch den Vorteil, daß es bei irritablen Stricturen angewendet werden kann, bei welchen das Passiren einer Bougie jedes Mal von Blutungen und Urethralfieber gefolgt ist. Wenn wir das Infiltrat auf diese Weise reducirt haben oder die elastische Strictur von vornherein ohne dieses vorfinden und ihr Caliber die Passage des Urethrotomes gestattet, so wird dieselbe, falls sie sich innerhalb der ersten 8—9 Centimeter der Harnröhre etablirt hat, mittelst des inneren Schnittes gespalten. Die Lichtung engerer Stricturen muß zu diesem Zweck vorher durch Bougiren oder Electrolyse auf das nötige Caliber erweitert werden.

Zur inneren Urethrotomie empfehle ich das auf dem Princip des geraden Otis-Urethrotomes aufgebaute, von mir modificirte Instrument[2]); da ich den inneren Harnröhrenschnitt nur für die ersten 8—9 Centimeter des Harncanals für practisch, erfolgreich und weniger blutig halte, so ist mein Instrument bedeutend kürzer ausgefallen, welcher Umstand das Arbeiten mit demselben in der Harnröhre ohne Assistenz ermöglicht. Am Schaft befindet sich die identische Einteilung in Centimetern, wie an dem Stabe, welcher die verschiedenen Oliven trägt, und an dem Localisator, nur daß sie an jenem den Abstand des Messers und an letzterem den der Olive resp. des Kugeltasters vom Meatus anzeigt. Diese Gleichförmigkeit der Scala erlaubt es, das Messer knapp am Centralende der Strictur in Action treten zu lassen, ohne unnötiger Weise das blutreiche, gesunde Gewebe zu incidiren. Für die präcise Durchführung des Messers durch die Strictur und durch diese allein habe ich den Griff desselben folgendermaßen construirt: An den glatten Seitenflächen desselben befindet sich eine Scala, von welcher die zuerst sichtbar werdende Linie markirt, daß das Messer seine deckende Furche verlassen hat und unmittelbar hinter der Strictur angelangt ist. Die

[2]) Verfertigt von Louis u. H. Loewenstein, Berlin N.

nächsten Linien entsprechen einer Millimetereinteilung und zeigen im Moment, wo sie sichtbar werden, die entsprechende Länge des Weges an, welchen das Messer im Gewebe zurückgelegt hat. Die Einteilung reicht bis zu 15 mm. Die Vorwärtsbewegung des Messers geschieht und wird dadurch präcisirt, daß die obere Fläche des Griffes eine Zahnung trägt, welche mit einer darüber angebrachten, unendlichen Schraube correspondirt. Es erhellt daraus, daß wir die Ausdehnung der Incision, entsprechend der vorher gefundenen Länge der Strictur, genau dosiren können, was mit dem Otisurethrotom kaum möglich ist; es ist bekannt, daß man die Branchen des Instruments so weit von einander entfernen muß, daß eine Ueberdehnung der Strictur stattfindet, wodurch ein Weggleiten derselben unter dem Messer verhindert wird. Wenn man in dieser Situation versucht, das Messer mit dem ganz kleinen, kaum mit zwei Fingern faßbaren Griffe vorwärts zu ziehen, so ist dazu ein solcher Kraftaufwand nötig, daß man die Con-



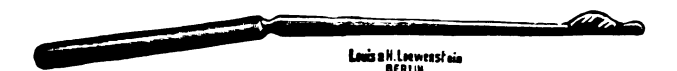
trolle über die zurückzulegende Strecke und über das Messer verliert und weit über die Strictur hinaus die Schleimhaut und das darunterliegende Gewebe durchtrennt, unnötige profuse Blutungen erzeugt und die Chance für Urininfiltration bedeutend erhöht.

Ich möchte die Vorzüge meines Instrumentariums in Folgendem zusammenfassen: Man ist in der Lage, die Stricturen der Pars anterior in ihrer vollen Ausdehnung und Localisation zu diagnosticiren und die innere Urethrotomie fast blutlos und mit Präcision durchzuführen, ich möchte sagen, exact zu dosiren. Callöse Stricturen, welche über $1^1/_2$ cm lang sind, wird man nicht durch blutige Trennung permanent beseitigen können, da die von verschiedenen Seiten angenommene Einschmelzung der harten Aftermasse durch den Schnitt nicht herbeigeführt wird. Für diesen Fall wird man nach wie vor zur Dilatation als Palliativmittel greifen müssen, welche man allerdings durch Electrolyse unterstützen kann, oder man wird als radicale Kur die Excision des Callus vornehmen und plastische Deckung des Substanzverlustes anstreben.

Die bisher veröffentlichten Resultate, wenn auch an Zahl relativ gering, sind günstig genug, um zu weiteren Versuchen aufzumuntern.

Die chirurgischen Eingriffe bei den Stricturen des bulbösen Teiles und der hinteren Harnröhre wechseln je nach dem Caliber derselben und nach ihrem Aufbau. Ich sage absichtlich nicht, je nachdem sie permeable oder impermeable sind, weil es ja eigentlich keine impermeablen Stricturen giebt, so lange Harn von der Blase her, wenn auch nur tropfenweise, durchgepreßt werden kann. Wo dies nicht möglich ist, handelt es sich entweder um momentane Unfähigkeit des erschöpften Detrusors oder um Schwellungen innerhalb des Stricturcanals oder um das höchst seltene Vorkommen der Obliteration der Harnröhre. In allen anderen Fällen ist es mehr eine Frage der Geduld und Geschicklichkeit des Operateurs, die Passage eines Bougies durch den stricturirten Canal zu erzwingen, oder der Zeit, welche wir uns zu diesem Zweck angesichts der quälenden Symptome nehmen dürfen. Haben wir es mit kurzen fibrösen Stricturen zu thun, deren Caliber die Passage irgend eines Itinerariums, wenn auch des kleinsten Calibers, gestattet, so werden wir die externe Urethrotomie am Perinäum oder Bulbus vornehmen. Eine einfache Spaltung des pathologischen Gewebes genügt für diesen Fall. Ich will hier einschalten, was ich in früheren Publicaionen öfters betont habe, daß mir die Electrolyse gerade in den Fällen von scheinbar impermeablen Stricturen, in welchen Eröffnung der Blase und retrograde Dilatation angezeigt erschien, gestattete, von dieser Operation Abstand zu nehmen und die nachherige perineale Operation an denselben insofern wesentlich erleichterte, als die einmalige Application eines sehr schwachen galvanischen Stromes stets die Durchführung eines Metallinstrumentes ermöglichte. Ich glaube, daß auf diese Thatsache nicht oft genug hingewiesen werden kann, da es besonders dem Landarzt, der nicht immer mit den nötigen Instrumenten für derartige Operationen ausgerüstet ist, möglich ist, wenigstens temporär der Harnverhaltung in wenigen Minuten abzuhelfen, bis zur radicalen Operation geschritten werden kann. Das Verdienst, diese Behandlungsweise eingeführt zu haben, gebührt zweifellos Newman, wenn ich auch mit ihm nicht behaupten kann, daß man durch Electrolyse callöse oder gar fibröse Stricturen gänzlich zum Schwinden bringen wird. Callöse Stricturen von über $1^1/_2$ cm Länge in der Pars posterior und bulbomembranacea werden, je nachdem sie für ein Itinerarium passirbar sind oder nicht, mit oder ohne vorhergehende Electrolyse von außen her gespalten und excidirt. Bei nicht zu großem Substanzverlust reconstruirt sich die Harnröhre in kurzer Zeit über dem Verweilkatheter, während große Defecte plastischen Ersatz verlangen, welcher im membranösen Teil leichter gelingt, als im spongiösen, wegen des Wegfalles der die prompte Heilung störenden Erectionen.

Ich möchte hier das von mir angegebene Itinerarium[3]) oder den Stricturen-Arreteur, wie es in Frankreich genannt wird, erwähnen, welches zufolge seiner Construction ein präcises Arbeiten mit möglichster Schonung des gesunden Gewebes gestattet und deshalb den Heilungsproceß abkürzt. Es besteht aus einem ähnlich einer Steinsonde gebogenen Schaft, an dessen convexer Krümmungsfläche eine rinnenförmige Furche wie an dem Dittl'schen Itinerarium bis an das sich allmählich verjüngende proximale Ende hinzieht. Auf der Höhe der Convexität befindet sich eine Olive von dem Caliber 30 Charrière, die bis in ihre Mitte gespalten ist, wodurch die Furche des Itinerariums keine Unterbrechung erleidet. Für Stricturen sehr engen Calibers verwende ich ein ähnliches Itinerarium, welches sich von dem erstgenannten nur durch die Form des vesicalen Endes unterscheidet. Statt der Metallspitze wird an das proximale Ende der Olive ein filiformes Bougie angeschraubt, mit dem man vorher die enge Strictur passirt haben muß. Der Handgriff am distalen Ende des Schaftes ist groß genug, um vom Assistenten leicht gehandhabt werden zu können. Derselbe



drückt das Itinerarium, welches durch seine Olive am peripheren Ende der Strictur deren Localisation genau angiebt, dem Operateur entgegen. Die Gewebe, welche sich unmittelbar gegenüber der Olivenfurche befinden, werden von außen her durchtrennt und die Harnröhre knapp vor der Strictur eröffnet, das Messer in die Olivenfurche eingesetzt und dieses gleitet am Itinerarium blasenwärts, bis das stricturirte Gewebe vollständig gespalten ist.

Bei Stricturen, welche weder durch die Electrolyse noch durch Bougirungen in absehbarer Zeit passirbar gemacht werden können und wo der Zustand des Kranken rasche Abhilfe verlangt, würde ich es vorziehen, die Eröffnung der Blase mit nachfolgender retrograder Dilatation und event. Excision auszuführen, anstatt das centrale Ende der Strictur Stunden lang zu suchen und das perineale Gewebe zu zerwühlen. Eine andere Sorte von Strictur, welche Fuller vielleicht richtig „Encircling fibres" genannt hat, sind die fibrösen Fasern, welche die prostatische Harnröhre am inneren Sphincter verengern. Dieselben werden ebenfalls durch perinealen Schnitt zugänglich gemacht und durchtrenne ich sie mit dem von mir angegebenen, stark convexen

[3]) Verfertigt von Louis u. H. Loewenstein, Berlin N.

Messer, welches flachliegend an dem vorher in den Blasenhals eingeführten Zeigefinger der linken Hand vorgeschoben, am Bestimmungsort angelangt, aufgestellt und durch die Fasern durchgedrückt wird. Die nachfolgende Blutung ist sehr gering, weil die kleine convexe Schneidefläche des Messers eine Verletzung normalen Gewebes ausschließt. In jüngster Zeit habe ich versucht, diese Fasern mit dem von Freudenberg modificirten Bottini-Incisor galvanocaustisch zu durchtrennen, und halte ich diese Procedur in der Hand des mit der Handhabung des Instruments Vertrauten weniger eingreifend. Man erspart dem Patienten ein Krankenlager von mindestens einer Woche und die Gefahr einer Blutung oder Infection ist vollständig ausgeschlossen. Für die innere Urethrotomie, die nur wenige Minuten in Anspruch nimmt, gebrauche ich nie Narcose, die Injection einiger Cubikcentimeter einer 1proc. Cocain- oder 10proc. Antipyrinlösung genügt vollkommen für die zur Operation nötige Analgesie, nur muß man bei der letzteren Lösung 15 Minuten bis zum Eintritt der vollen Wirkung verstreichen lassen. Wenn auch diese bei Antipyrinapplication nicht so ausgesprochen ist, als wie bei Cocain, so möchte ich sie doch diesem vorziehen, einmal, weil ja die Möglichkeit einer Cocainintoxication nicht ganz ausgeschlossen ist, und zweitens, wie das von Antal betont und später von Anderen bestätigt worden ist, weil das Antipyrin wegen seiner die Gefäße contrahirenden Eigenschaft Nachblutungen vorbeugt, während diese nach Cocain nach der vorhergehenden transitorischen localen Anämie stets zur Beobachtung kommen. Für die äußere Urethrotomie an der Pars anterior dürfte man jedes Mal mit Schleich'scher Anästhesie ausreichen. Dagegen verlangt die perineale Operation in der Regel allgemeine Narcose. Wenn man nicht unnötiger Weise gesundes Gewebe bei der inneren Urethrotomie verletzt hat und der Urin nicht septisch ist, so ist die Einlegung eines Drainrohres oder eines Katheters bis in die Blase überflüssig, auch vertragen wenige Patienten den Reiz desselben am Sphincter externus für länger als einige Stunden, ohne Tenesmus zu bekommen, demzufolge der Katheter entweder ganz aus der Harnröhre geschleudert wird, oder, wenn sehr gut befestigt, mit seinem Auge so weit in die prostatische Harnröhre geschoben wird, daß der Harn neben demselben unter starkem Druck entweicht. Gerade dadurch aber kommt es sehr leicht zur Harninfiltration. Dagegen ist die Drainage der Blase nach der perinealen Urethrotomie absolut nötig und wird, weil hier der Sphincter externus nicht in Betracht kommt, ohne Beschwerden vertragen. Der Katheter wird mit einer Seidennaht befestigt und am fünften Tage nach der Operation entfernt. Ein längeres Liegenlassen ist bei einfacher Discission nicht nötig, verzögert nur den

Verschluß der Wunde und begünstigt das Entstehen von Fisteln. Es ist auch zweckmäßig, wegen der parenchymatösen Blutung und zur Ableitung der Wundsecrete einen Jodoformgazetampon einzuführen und neben dem Katheter nach aussen zu leiten. Die Wunde selbst soll nicht ganz geschlossen werden.

Nichtseptischer Harn stört durchaus nicht den prompten Verschluß der perinealen Wunde, welcher gewöhnlich 8—10 Tage nach der Entfernung des Drainagerohres vollzogen ist. Wo der Harn pathogene Keime enthält, ist es zweckmäßig, einige Tage vor der Operation mit der Verabreichung interner Antiseptica zu beginnen und damit womöglich desinficirende Blasenspülungen zu verbinden und mit diesen Proceduren bis zum Verschluß der perinealen Wunde fortzufahren. Eventuellen profusen Blutungen aus der vorderen Harnröhre, welche durch Compression von außen über einen in die Pars pendula eingeführten Silberkatheter nicht stillbar sind, begegnet man am sichersten durch Irrigationen mit heißem sterilisirten Wasser in großen Quantitäten, doch ist zu beachten, daß die Flüssigkeit ohne Druck durch den Canal durchfließen muß, was man durch sehr geringe Fallhöhe der Wassersäule und einen bis an den Sphincter externus reichenden Nélaton vom Caliber 14 Charrière erzielt.

Zu bedeutenderen, allerdings dann in der Regel nur Granulations-Blutungen kommt es auch durch Bougirungen, welche zu früh nach der Operation oder mit zu dicken Instrumenten unternommen werden. Auch diesen Blutungen begegnet man prompt durch Compressionen oder durch heiße Wasser-Irrigationen. Ueberhaupt ist das Bestreben, durch postoperative Bougirungen eine breite Narbe zu erzielen, bei fibrösen Stricturen unnötig, wenn sämtliche Fasern durchtrennt würden; war dieses nicht der Fall, so werden Bougirungen das Recidiv der Strictur nicht verhindern. Nach der Urethrotomie callöser Stricturen sind sie ebenso berechtigt wie vor der Operation, die hier meistens doch nur ausgeführt wird, um etwas Zeit zu gewinnen oder weil die Strictur eine irritable war. Doch soll man damit mindestens bis eine Woche nach der Operation warten und dann erst mit Sonden kleineren Calibers beginnen.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

1. Dr. A. v. Wahl: **Zur Abstinenzfrage. Antwort auf die Frage zur sexuellen Hygiene von DDr. Hoerschelmann, Blessig und Masing.** (Petersburger medic. Wochenschr. 1899, No. 43.)
2. Dr. Hoerschelmann: **Zur Frage der sexuellen Hygiene. Offener Brief an Dr. v. Wahl.** (Ibidem, No. 45.)
3. Dr. Jaesche: **Zur sexuellen Hygiene.** (Ibidem, No. 49.)

Der in diesen Monatsberichten wiedergegebene dreifache Vortrag der Herren Hoerschelmann, Blessig und Masing scheint das Interesse der ärztlichen Kreise geweckt zu haben. Als Erster griff v. Wahl (1) in die Discussion ein. Ohne die Ueberzeugung der genannten Autoren bekämpfen zu wollen und ohne die Gefahren eines außerehelichen geschlechtlichen Verkehrs zu unterschätzen, wendet sich der bekannte Petersburger Syphilidologe nur gegen die Ansicht, nach der es in der Wissenschaft als ausgemacht gelten soll, daß Enthaltsamkeit unschädlich sei. Es ist ohne Weiteres einzuräumen, führt v. W. aus, daß Pädagogen, Geistliche, überhaupt Alle, die mit der Kindererziehung zu thun haben, der Enthaltsamkeit das Wort reden und als erste Bedingung einer rationellen Kindererziehung auf Keusch-

heit des Sinnes und Denkens hinwirken, d. h. der frühen Ausbildung des Geschlechtstriebes entgegenarbeiten sollen. Aerzte werden aber meistens um Rat gefragt, wenn dieser bereits entwickelte Trieb zu Klagen über irgend welche Beschwerden Veranlassung giebt. Vor Allem gilt es zu bedenken, daß wir in einem Jahrhundert leben, in welchem durch die verschiedenen ungünstigen Bedingungen die Neurasthenie immer mehr überhand nimmt, die „vollkommen normalen Menschen“, zumal in den großen Städten, fast zu den Ausnahmen gehören, die sexuelle Hygiene also nicht nur die gesunden, sondern auch die neuropathisch veranlagten Naturen zu berücksichtigen hat. Von diesem Standpunkt ausgehend bringt nun v. Wahl als Gegengewicht zu der von Hoerschelmann gelieferten Zusammenstellung von Aussprüchen derjenigen Autoren, die seine Ansicht über die Unschädlichkeit der Abstinenz teilen, eine Anzahl von Citaten, welche das Gegenteil besagen. Er citirt vor Allem Krafft-Ebing, der eben der Meinung ist, daß die Abstinenz nur bei Menschen mit normaler Veranlagung keine nachteiligen Folgen hat, wohl aber bei neuropathisch veranlagten Individuen. Er citirt ferner Tarnowski, der zu den Folgen der Abstinenz Satyriasis, Onanie und Päderastie rechnet; v. Schrenck-Notzing, der darüber berichtet, daß auch bei Tieren das Bedürfnis zur Fortpflanzung während der Brunstzeit alle anderen Bedürfnisse und Gefühle unterdrückt und zur Geschlechtswut, wie auch zu Perversitäten führt, wenn es nicht befriedigt wird; er citirt ferner Gyurkovecky und Efferts, die sich dahin aussprechen, daß sich aus der Abstinenz Onanie, aus dieser aber Impotenz entwickeln kann. Ganz besonders sucht v. Wahl die Punkte hervorzuheben, daß Abstinenz zur Onanie führt und daß die Onanie keineswegs als eine unschädliche Unart anzusehen ist. Alles in Allem gelangt v. W. zu dem Schlusse, daß die Wissenschaft ihr Urteil noch nicht so endgiltig gefällt hat, was die Schädlichkeit oder Unschädlichkeit der Abstinenz und Onanie anbetrifft. Bei der Verschiedenheit der Individualitäten wird das Für und Wider in jedem einzelnen Fall reiflich erwogen werden müssen; vom Arzt aber wird verlangt, daß er hier, wie in allen anderen Fällen, außer seinen eigenen Erfahrungen auch die anderen Forscher auf diesem Gebiet berücksichtigt, um dann nach bestem Wissen und Gewissen und in Anbetracht der großen Gefahren durch venerische Krankheiten von zwei Uebeln das kleinere zu wählen.

In seiner Erwiderung macht Hoerschelmann (2) vor Allem die allgemeine Bemerkung, daß es Pflicht des ärztlichen Standes sei, auch ohne daß man gefragt wird, bei der Kindererziehung ärztlichen Rat zu erteilen, daß es also verfehlt wäre, zu warten, bis man bei bereits entwickeltem Geschlechtstrieb und bereits bestehenden Beschwerden um Rat gefragt wird. Den Schul- und Hausärzten bietet sich stets Gelegenheit, die directen Leiter der Jugend auf die Gefahren aufmerksam zu machen, welche eine falsche, laxe Erziehung nach sich zieht. Ferner giebt H. zu, daß er nur von normalen Menschen gesprochen hat; er betont aber zugleich, daß die Ansicht v. Wahl's, daß die vollkommen normalen Menschen, zumal in den Städten,

zu den Ausnahmen gehören, zu pessimistisch sei. Es sei gewiß richtig, daß die große Nervosität gegenwärtig sehr verbreitet ist; es lasse sich aber die Eventualität nicht ausschließen, daß unter den ungünstigen Bedingungen, die dieselbe hervorrufen, gerade sexuelle Processe eine Rolle spielen, während die Abstinenz schon wegen ihrer Seltenheit für die Häufigkeit der Nervosität kaum verantwortlich gemacht werden könne. In Betreff der Aeußerung v. Wahl's, daß die sexuelle Hygiene auch die neuropathisch veranlagten Personen zu berücksichtigen hat, citirt H. folgenden Ausspruch Eulenburg's: „Die geschlechtliche Enthaltung, die irrtümlicher Weise Vielen noch als eine Ursache sexueller Neurasthenie gilt, würde umgekehrt vielleicht bei neurasthenisch veranlagten und durch die Verhältnisse an regelrechter ehelicher Geschlechtsbefriedigung verhinderten Personen oft das sicherste Vorbeugungsmittel abgeben." Bezüglich der Onanie leugnet H. nicht, daß dieselbe unter Umständen auch zu ernsten Nervenleiden Veranlassung geben oder schon bestehende neuropathische Veranlagung bis zu gefährlichem Grade steigern kann. Bei der großen Verbreitung der Onanie müsse aber doch berücksichtigt werden, daß ein überwiegender Teil der diesem Laster Ergebenen dem Kindes- oder Knabenalter angehört, in dem dasselbe doch unmöglich die Folge von Abstinenz sein kann. Was nun die von v. Wahl ausgesprochene Ansicht betrifft, der Arzt müsse von zwei Uebeln das kleinere wählen, so formulirt H. diese Frage folgendermaßen: Sind die Folgen der Abstinenz, wenn solche eintreten sollten, so schwerwiegend und gefährlich, daß der Arzt von den ethischen Rücksichten absehen und den Coitus anraten muß? In dieser Frage bleibt nun H. auf dem Standpunkt, daß, wenn auch gar keine Infectionsgefahr vorhanden wäre, ein solcher Rat nicht statthaft wäre. Zum Schluß betont H., daß er keineswegs von Unterdrückung des Geschlechtstriebes gesprochen hat, sondern daß die Menschen nur bis zur Ehe ihren Geschlechtstrieb zurückhalten und beherrschen sollen.

Jaesche (3) sucht aus dem Wirrwarr der verschiedenen Ansichten für den Arzt einen Handlungsplan aufzubauen. Im Allgemeinen würde der letztere der folgende sein müssen:

1. Wendet sich ein in geschlechtlicher Beziehung unbescholtener, gesunder Mann an den Arzt mit der Frage, ob er dem in ihm auftauchenden geschlechtlichen Triebe nachgeben solle, so muß die Antwort des Arztes jedenfalls bestimmt auf Nein lauten. Jeder Arzt ist in solchem Fall verpflichtet, zu erklären, es sei bei vernünftigem Verhalten von Abstinenz für die Gesundheit Nichts zu fürchten. Er solle darauf hinweisen, wie Bewegung, zumal in freier Luft, Turnen, kalte Abwaschungen, Bäder, vorzüglich aber das Ringen nach einem des Menschen würdigen Ziele genügen können, die natürlichen Triebe zu zügeln. Dabei versteht es sich, daß gesellige Beziehungen, die geeignet sind, die Phantasie zu erhitzen, auf's Strengste zu vermeiden sind.

2. Hat es der Arzt mit einem Mann zu thun, dessen Nervensystem icht mehr gesund ist, so können sich Schwierigkeiten darbieten, die einer be-

stimmten Entscheidung entgegenstehen. Man hat hier zwei Fälle zu unterscheiden, die verschieden zu behandeln sind. In dem einen Fall sind es junge Leute, bei denen eine wollüstig aufgeregte Phantasie im Kampfe liegt mit einer gewissen Scheu, welche den erregten Zustand zu verbergen sucht oder das Begehen eines Unrechts fürchtet. Solche Leute sind oft froh, wenn sie sich an den Ausspruch eines Arztes halten können, der ihnen sagt, ein so quälender Seelenzustand gestatte die Beseitigung der vorhandenen Scrupel und involvire kein Unrecht. Deshalb ist es auch hier ernste Pflicht des Arztes, Alles daranzusetzen, um den jungen Mann von einem Schritt abzuhalten, der sittlich zu verbannen ist und unberechenbaren Schaden anrichten kann. Leider kommt es in diesen Fällen gerade häufig vor, daß junge Leute ihren Zustand ängstlich vor Jedermann, auch vor dem Arzt verbergen. Ist das geschehen und die Phantasie so übermächtig geworden, um die Gefahr wirklichen Irreseins oder sonst verwerflicher Handlungen nahe zu legen, dann wird der Arzt, der nicht speciell das Gebiet der Nervenleiden beherrscht, gut thun, eine Autorität auf diesem Felde der Medicin zu Rate zu ziehen. — Anders liegen die Verhältnisse, wenn sich Jemand an den Arzt wendet, der dem geschlechtlichen Triebe durch Onanie oder auf andere schimpfliche Weise bereits nachgegeben hat. Auch hier ist der Rat, lieber in unehelichem Beischlaf Befriedigung zu suchen, entschieden nicht gerechtfertigt. Onanie stellt sich nicht selten in sehr jugendlichem Alter ein, wo ein Urteil über die Schädlichkeit derselben noch nicht vorhanden ist, häufig durch böses Beispiel angeregt. Je zeitiger da in vernünftiger Weise, sehr passend auch vom Hausarzt, eingegriffen und Aufklärung über die Schädlichkeit der Sache gegeben wird, desto eher erzielt man Erfolge.

3. Hat der Arzt dagegen einem Mann Hilfe zu leisten, der bereits in Folge außerehelicher Beziehung geschlechtlich erkrankt ist, so steht die Behandlung, möglichst rasche Heilung, hier im Vordergrunde, und es ist Alles zu vermeiden, was diese beeinträchtigen könnte. Ob sich während der Behandlung oder nach derselben Gelegenheit bietet, die ethische Seite der Sache zu berühren, auf die handgreiflichen Folgen des Mangels an Enthaltsamkeit hinzuweisen, das wird der einzelne Fall an die Hand geben.

Lubowski.

Harlow Brooks (New-York): **A Case of Asexualism.** (Medical Record, 12. August 1899.)

Der 29jährige Kranke, den Verf. während eines zweijährigen Krankenlagers beobachtete, zeigte in Bezug auf seine Gewohnheiten und Manieren ein weibisches Verhalten, hatte niemals sexuellen Trieb empfunden, weder zum gleichen, noch zum anderen Geschlecht. Die Autopsie der Geschlechtsorgane wurde daher post mortem in genauester Weise vorgenommen. Der Körperbau ließ mehr weiblichen als männlichen Typus erkennen, äußerlich wichen die Genitalien nicht von denen eines Mannes ab. Die Hoden, welche noch in der Bauchhöhle lagen — das Scrotum war leer — waren ebenso

wie die Prostata in ihrer Entwicklung zurückgeblieben, konnten dem Befund nach ihre Function nicht erfüllen. Immerhin konnte auf das Vorhandensein eines spinalen sexuellen Centrums aus dem Auftreten von Erectionen geschlossen werden. Verf. bezeichnet den Fall als congenitalen psychischen Neuter oder als psychischen Asexualismus, verbunden mit unentwickelten Geschlechtsdrüsen. Blanck (Potsdam).

Hallopeau et Léri: **Sur un nouveau cas de féminisme.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 11. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 9. novembre 1899.)

Bei dem 14jährigen, mit starkem Fettpolster versehenen jungen Mann fehlt jede Bartbildung. Der Penis ist $2^1/_2$ cm lang, die Hoden haselnußgroß, die Brüste hervorspringend, die Stimme weiblich. Gleichzeitig bestehen Zeichen hereditärer Syphilis. Der weibliche Typus erklärt sich aus der Hodenatrophie. Dreyer (Köln).

William A. Hammond: **The American Soldier and venereal Diseases. A Refutation of some of the Statements of Mr. Eduard Atkinson.** (The New York Med. Journ., 5. August 1899.)

Atkinson hat in einer Schrift „The hell of war" auf die Gefahren hingewiesen, die der amerikanischen Occupationsarmee durch angeblich auf den Philippinen herrschende Krankheiten drohen. Hammond weist die ohne Kenntnis der thatsächlichen Verhältnisse niedergeschriebenen, einer fachwissenschaftlichen Grundlage entbehrenden und eine Beunruhigung der Gemüter hervorrufenden Auseinandersetzungen A.'s mit scharfer Kritik zurück. Für den Fachmann bietet der Artikel nichts Neues.

Blanck (Potsdam).

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Dr. C. Beier (Bauske-Kurland): **Die Untersuchungen des Harns und sein Verhalten bei Krankheiten.** (Medicin. Bibliothek für pract. Aerzte, No. 153—156. C. G. Naumann, Leipzig 1899.)

Wie aus der Ueberschrift ersichtlich, besteht das vorliegende Bändchen der bekannten „Medicinischen Bibliothek" im Wesentlichen aus zwei Abschnitten. In dem ersten Abschnitt beschreibt Verf. die neueren und neuesten Harnproben, und zwar diejenigen, welche nicht nur von Specialisten, sondern auch vom practischen Arzte vorgenommen werden können. In dem zweiten Teile giebt er an der Hand eingehenden Studiums der Litteratur eine gedrängte Schilderung der Eigenschaften und Veränderungen des Harns bei

verschiedenen Krankheiten. Letzterer Abschnitt besteht aus sieben Capiteln, welche der Reihe nach die Veränderungen des Harns bei Krankheiten des Blutes und des Stoffwechsels, bei acuten Infectionskrankheiten, bei Affectionen der Nieren und der Harnwege, bei Krankheiten des Herzens, bei Krankheiten der Respirationsorgane, der Verdauungsorgane und des Nervensystems schildern.

Wenn wir auch nicht mit allen vom Verfasser kundgegebenen Ansichten übereinstimmen und die Berücksichtigung unserer neuesten Untersuchungsmethoden, besonders im Capitel über Pyelitis, vermissen, so wird doch das Werkchen seinen Zweck, dem practischen Arzte ein schneller und zuverlässiger Ratgeber bei Harnuntersuchungen zu sein, sicherlich erfüllen.

Casper.

Dr. Hönig: **Die klinische Bedeutung der Diazoreaction.** (Ungarische med. Presse 1899, No. 50.)

Die Erfahrungen des Verfassers umfassen 12 Fälle von Typhus abdominalis und 3 Fälle von Lungenschwindsucht. Bezüglich der letzteren Fälle gelangte Verf. zu dem Schluß, daß die Diazoreaction bei denselben keineswegs die ihr namentlich von Michalis zugeschriebene schlechte prognostische Bedeutung besitzt. Bei den 12 Typhusfällen war die Diazoreaction überall nachzuweisen, am intensivsten in der ersten und zweiten Woche. Nach dieser Zeit begann sie langsam an Intensität abzunehmen und blieb zumeist im Laufe der dritten Woche aus; nur selten zog sie sich längere Zeit hin, nämlich in Fällen, in denen auch die Krankheit einen protrahirten Verlauf zeigte. Im Gegensatz zu Oliva und anderen Autoren behauptet Verf., daß die Intensität der Reaction mit der Farbe des Harns in keinem Zusammenhang steht. Die Behauptung, daß die Diazoreaction im alkalischen Harn schwächer auftrete, konnte Verf. an seinem Material nicht prüfen, da der Harn in seinen sämtlichen Fällen von saurer Reaction war. Die Diazoreaction ist nach den Erfahrungen des Verfassers, wenigstens bei Typhus abdominalis, vollständig unabhängig vom Fieber und hängt wahrscheinlich mit dem Proceß im Darm zusammen. Sie kommt mit höchster Wahrscheinlichkeit durch Resorption der Toxine der Typhusbacillen seitens der infiltrirten und ulcerirten Schleimhaut zu Stande.

Einen Beweis für die Unabhängigkeit der Diazoreaction vom Fieber leitet Verf. aus der Beobachtung ab, daß die Diazoreaction, einmal ausgeblieben, nie mehr auftritt, selbst wenn Nachfieber besteht oder andere Fieber erzeugende intercurrente Nachkrankheiten auftreten. Wenn die Diazoreaction nach längerem Ausbleiben bei neu auftretenden Fieberbewegungen sich nachweisen läßt, so ist dies für die Diagnose der Recidive ein pathognomonisches Symptom, vorausgesetzt, daß man den Einfluß gewisser Medicamente ausschließen kann. Uebrigens unterscheidet sich die durch Medicamente hervorgerufene Pseudoreaction sowohl hinsichtlich ihrer geringen Intensität, als auch durch das Fehlen des grünen Niederschlags von der wirklichen Diazoreaction.

Alles in Allem gelangt Verf. bezüglich des diagnostischen Wertes der Diazoreaction bei Typhus abdominalis zu dem Schluß, daß sie, ohne absolute Sicherheit zu gewähren, im positiven Fall die Diagnose immerhin sicherer macht. Lubowski.

DDr. Schröder und Naegelsbach: **Diazoreaction im Harn und Bacterienbefunde im Blute von Phthisikern.** (Münchener med. Wochenschr. 1899, No. 41 u. 42. S.-A.)

Uns interessirt der erste Teil der Arbeit, in dem von der Diazoreaction im Harn von Phthisikern die Rede ist. Verff. sind der Ansicht, daß es nicht darauf ankommt, festzustellen, ob ein hoffnungsloser Fall Diazoreaction aufweist, sondern allein darauf, ob die Diazoreaction der sicheren Stellung der klinischen Prognose vorangeht, nicht nur ein dieselbe begleitendes Moment ausmacht, ob man weiter in der Lage ist, bei positivem Ausfall der Reaction das Ende der Kranken für einen annähernd sichergestellten Termin vorauszusagen. Behufs Aufklärung dieser Fragen unternahmen die Verff. an 140 Patienten der Heilanstalt Hohenhonnef a. Rh. eine Nachprüfung der bisherigen Angaben über die Diazoreaction im Harn von Phthisikern unter strictem Innehalten der genauen Ehrlich'schen Vorschriften. Auf Grund ihrer Untersuchungen gelangten nun die Verff. zu der Ueberzeugung, daß die Ehrlich'sche Diazoreaction des Harns von Phthisikern ein Zeichen einer üblen Prognose sei. Sie ergänze in einigen Fällen, ersetze aber nicht die klinische Prognosenstellung und sei daher für die Praxis zum mindesten entbehrlich. Einen gewissen Wert habe sie für die Voraussagung des Todes. Kurz, die Verff. teilen im Allgemeinen den Standpunkt Ehrlich's. Bekanntlich ist auch Schaper (cf. diese Monatsberichte 1899, S. 712) auf Grund seiner Beobachtungen zu einem fast gleichlautenden Ergebnis gelangt.

Lubowski.

Bruno Ranke: **Reagensglas zur exacten und bequemen Darstellung der Ehrlich'schen Diazoreaction.** (Fortschritte der Medicin 1899, Bd. 17, No. 36.)

Bekanntlich wird das Reagens zur Diazoprobe durch Vermischen von 49 ccm Sulfanilsäure und 1 ccm Sol. Natr. nitros. hergestellt, und zwar ist es zur Erzielung einer zuverlässigen Probe nötig, mit möglichst frischem Reagens zu arbeiten. Letzterer Punkt bedingt für den practischen Arzt, der immerhin selten in die Lage kommt, die Reaction anzustellen, eine Schwierigkeit: Bereitet er das Reagens gleich in genügend großer Quantität, die ein genaues Abmessen gestattet, so kommt, wenn er nur einen Teil des Reagens verbraucht, als Uebelstand der hohe Preis der Sulfanilsäure in Betracht; will er aber diesen Uebelstand umgehen, indem er nach Gutdünken sich soviel Reagens mischt, wie man zu einer Probe braucht, so wird die Probe völlig wertlos, da es unmöglich ist, die Reagentien in so kleinen Mengen im Verhältnis von 2 : 100 mit dem Augenmaß zu mischen.

Um dem letzteren Uebelstande abzuhelfen, hat Verf. eine Vorrichtung getroffen, welche gestattet, das Reagens in der nötigen Menge genau zu mischen. Es handelt sich um ein Reagensglas aus starkem Glase, das unten ein dünnes Ansatzröhrchen trägt, das durch vorsichtiges Tropfen oder mit Hilfe einer Pipette mit Sol. Natr. nitros. bis zu einem genau 0,2 ccm angebenden Teilstrich gefüllt wird. Hierauf gießt man bis zu dem nächsten Teilstrich (10,0 ccm) Sulfanilsäure hinzu, schüttelt gut durch, und man hat damit das Reagens im Verhältnis von 2 : 100 gut dargestellt. Nun bringt man bis zu dem höher liegenden Teilstrich (10,0 ccm) Harn hinzu und schüttelt wieder, bis eine genügende Schaumkrone entstanden ist. Der letzte (von unten) Teilstrich regulirt den Zusatz von 2,5 ccm Ammoniak Durch nochmaliges Schütteln bekommt man das Resultat der Probe.

Das Reagensröhrchen wird von P. Altmann (Berlin) hergestellt und kostet 1,20 Mk. Lubowski.

Ettore Santangelo: **Della tossicità urinaria nei bambini in rapporto a quella degli adulti.** (Il Policlinico 1899.)

Die in der pädiatrischen Klinik in Padua angestellten Versuche über den toxischen Coefficienten des Kinderurins haben den Verf. zu folgenden Schlüssen geführt: Für den Erwachsenen schwankt der urotoxische Wert des Urins, d. h. diejenige Menge seines Urins, welche auf 1 kg Tier berechnet nötig ist, um dasselbe zu töten, zwischen 70 und 80 ccm. Diese Zahl steigt und fällt im gleichen Sinne, wie die Tagesurinmenge schwankt. Bei gesunden Kindern beträgt dagegen dieser Wert 80—90 ccm und nimmt mit dem Alter ab. Die Vergiftungserscheinungen, welche der Kinderurin hervorruft, unterscheiden sich nicht von denjenigen, die der Urin Erwachsener bewirkt. Die Toxicität steht beim Kinder- wie Erwachsenenurin im umgekehrten Verhältnis zu seiner Tagesmenge und im geraden Verhältnis zum specifischen Gewicht, zur Intensität seiner Farbe und zu seinem Harnstoffgehalt. Daraus geht die Giftigkeit des Harnstoffes hervor. Der toxische Wert des Urins bei Kindern mit Anchylostomum ist von dem gesunder Kinder wenig verschieden. Da der urotoxische Coefficient das Verhältnis des toxischen Wertes des in 24 Stunden gelassenen Urins zum Körpergewicht darstellt, so ist dieser Coefficient bei Kindern größer als bei Erwachsenen (0,3—0,4 bei ersteren gegenüber 0,2—0,3 bei letzteren).

Dreyer (Köln).

Töpfer: **Ueber die Erzeugung von Glycosurie vom Darm aus.** (Sitzungsberichte der K. k. Ges. der Aerzte in Wien. Wiener med. Blätter 1899, No. 51.)

In einer Reihe von Versuchen wurde Hunden in den eröffneten Dünndarm der Darminhalt eines Diabetikers injicirt; gleich darauf stellte sich bei den Versuchstieren durch 2—3 Tage Glycosurie mit 1—1,5 pCt. Zucker im Harne ein, was bei Einspritzung des Darminhaltes Gesunder nicht eintrat.

Nach 6—14 Tagen stellte sich nochmals Glycosurie ein, welche Wochen und Monate lang dauerte und mit einem Zuckergehalt des Harnes bis zu 0,9 pCt. einherging. Polydipsie oder Autophagie wurde dabei bei den Tieren nicht beobachtet; die Glycosurie blieb auch bei Fettdiät bestehen. Wurde der Dünndarminhalt Diabetischer in den Magen eingeführt, so war der Effect wie bei Einverleibung in den Dünndarm. Aus den Versuchen ist zu schließen, daß der Dünndarminhalt Diabetischer die Zuckerbildung anregende Eigenschaften besitzen muß; die erste kurze Periode der Glycosurie ist auf die directe Einführung des Giftes zurückzuführen, die zweite bedarf noch der Erklärung. Immerwahr (Berlin).

Dr. Kolisch (Wien): **Neueres über Diabetes-Behandlung.** (Wiener klinische Rundschau 1899, No. 48, 49 u. 50.)

Trotz der großen Bedeutung, welche die Entdeckung Minkowski's und v. Mering's für die Diabetesforschung besitzt, hat sie der Therapie bis jetzt keinen Nutzen gebracht, und so bildet die diätetische Behandlung nach wie vor den Grundstein der Diabetestherapie. Das Hauptgewicht bei der Diabetesdiät wird noch immer auf den Kohlehydratgehalt der einzelnen Nahrungsmittel gelegt, und man sucht denselben möglichst einzuschränken, indem man von der Ansicht ausgeht, daß das Wesen des Diabetes in der Herabsetzung der Assimilationsfähigkeit für Kohlehydrate liege. Dieser Ansicht widerspricht aber die Erfahrung, daß manche Diabetiker auf reichliche Eiweißzufuhr mit stärkerer Glycosurie antworten wie auf mäßige Kohlehydratgaben. Diese auch älteren Autoren bekannte Erscheinung wird von den neueren einfach auf eine Zuckerbildung aus Eiweiß zurückgeführt. Aber die nach Eiweißzufuhr auftretende Glycosurie übersteigt oft genug die Werte, die man erwarten müßte, selbst wenn der gesamte in dem Nahrungseiweiß enthaltene C zur Zuckerbildung verwendet worden wäre. Das im Eiweißmolecül präformirte Zuckermolecül kann hierfür nicht verantwortlich gemacht werden, weil auch die Zufuhr von Casein, welches kein Zuckermolecül enthält, die Glycosurie in jenen Fällen steigert. Es liegt somit der Gedanke nahe, daß die Glycosurie die Folge gesteigerter Zuckerproduction sei; dann könnte man sich vorstellen, daß die übermäßige Eiweißzufuhr als Reiz wirkte, auf welchen die Zellen mit vermehrter Abspaltung von Zucker aus den Glycoseproteiden, Glycosefetten etc. antworten. Stellt man sich weiter vor, daß von den Körpermolecülen, in welchen Zucker-, Eiweiß- und Fettmolecüle vereint sind, blos der Zucker abgespalten, der Rest aber retinirt wird, so kann sehr leicht für den überschüssig abgespaltenen Zucker das N-Aequivalent im Harn fehlen. Die Zuckerausscheidung wird dann so lange dauern, als eben der Organismus über derartige hoch zusammengesetzte Molecüle verfügt, welche Zucker abspalten können. Man kann sich nun sehr wohl vorstellen, daß die Glycosurie von dem jeweiligen Bestande an hochcomplicirten Verbindungen abhängt, daß längere Diabetesdiät diese Verbindungen reducirt und der dann etwa zugeführte Zucker vorerst zum Ersatz dieser Bestände verwendet wird und daher erst spät im Harn erscheint.

Unter den einzelnen Nahrungsmittelgruppen üben die Eiweißkörper den stärksten Nahrungsreiz auf die Zellen aus. Auch die Kohlehydrate üben einen Nahrungsreiz aus, der bewirkt, daß sie bis zu einem gewissen Grade, wenn auch nicht quantitativ, zur Zersetzung gelangen; doch müssen sie zu diesem Zweck erst in die Zellconstitution eingegangen sein, und zwar in Verbindung mit Eiweiß. Das Kohlehydratmolecül wird immer vorerst in Dextrose umgewandelt und als solche ausgeschieden; die wenigen in der Litteratur verzeichneten Fälle von Lävulosurie sind noch vollkommen unaufgeklärt. Die Kohlehydrate steigern die Glycosurie nicht quantitativ und in zweifacher Weise: 1. indem sie als Nahrungsreiz wirken und 2. durch Vermeidung der kohlehydrathaltigen Complexe. Die Fette üben fast gar keinen Nahrungsreiz aus; sie werden, wenn kein Nahrungsbedarf vorhanden ist, deponirt. Sie eignen sich daher ganz besonders zur Diabetikernahrung, weil sie 1. die Glycosurie nicht steigern (kein Nahrungsreiz) und 2. C in assimilirbarer Form zuführen. Nur in Fällen ganz excessiver Glycosurie kann auch der C des Fettes zur Zuckerbildung herangezogen werden, niemals aber steigert Fettzufuhr die Glycosurie.

Was die in der Diabetestherapie wichtige Frage der quantitativen Indication betrifft, so kann letztere nach Verf. immer nur individuell gestellt werden. Jedenfalls kann allzureichliche Ernährung nicht nur vorhandenen Diabetes steigern, sondern bei disponirten Individuen direct Diabetes zum Ausbruch bringen. Von der Nützlichkeit der von Bouchardat in die Diabetestherapie eingeführten Fasttage ist auch Verf. überzeugt; nur erklärt er die Wirkung des Fastens damit, daß einerseits kein zuckerbildendes Material zugeführt, andererseits kein Zuckerabspaltung herbeiführender Nahrungsreiz gesetzt wird. Jedoch sind die Hungertage speciell bei den an große Nahrungsmengen gewöhnten Diabetikern schwer einzuhalten.

Von dem Standpunkt ausgehend, daß wenigstens für die schweren Diabetesformen die Fleischkost eine schwere Schädlichkeit bedeutet, hat nun Verf. bei einer Reihe sehr schwerer Diabetesfälle ein streng vegetarisches Régime versucht und damit vorzüglichen Erfolg erzielt. Der Uebergang von der Fleischdiät zur vegetarischen soll nach Verf. um so brüsker erfolgen, je schwerer der Fall und je mehr ein Coma zu befürchten ist. Die auffälligste und schnellste Wirkung der Pflanzendiät ist ein rapides Absinken der Harnmenge, wodurch schon ein großer Teil der auf Austrocknung beruhenden Beschwerden des Diabetikers behoben wird. Daran schließt sich Verringerung des Zuckers, des Acetons und der Acetessigsäure. So oft man statt der Pflanzenkost Fleisch giebt, tritt Steigerung der Glycosurie ein. Auch die sogenannten „leichten" Fälle können in Folge Fleischdiät „schwer" werden, d. h. mehr Zucker ausscheiden, als der Kohlehydratzufuhr entspricht und ihre Glycosurie dann auch bei Kohlehydratentziehung nicht verlieren. Andererseits gehen auch scheinbar schwere Fälle bei passendem Régime rasch zurück; das sind diejenigen Fälle, wo der Patient trotz hoher Glycosurie blühend aussieht und an Gewicht zunimmt, dabei weder Aceton noch Acetessigsäure im Harn hat. Sowie man die Fleischzufuhr stark einschränkt

und das Hungergefühl durch große Gemüsemengen bekämpft. hört die Glycosurie auf.

Eine Prophylaxe des Diabetes kann in zwei Fällen notwendig werden: 1. bei Individuen, welche von Diabetikern abstammen oder in deren Familie schon 1—2 Mitglieder erkrankt sind; 2. bei fettleibigen Personen mit gewissen neurasthenischen Beschwerden und einer Neigung zu alimentärer Glycosurie, bei welchen die Gefahr einer Diabeteserkrankung vorhanden ist. Von den Complicationen bespricht Verf. nur das Coma. Die interne Therapie besteht in Darreichung großer Mengen (100 g) $NaHCO_3$, welche so lange fortgesetzt wird, bis der Harn alkalisch reagirt. Bei vegetarisch genährten Diabetikern kam Verf. mit viel kleineren Alkaliengaben aus. Da vielleicht auch für den Ausbruch des Coma die C-Verarmung des Organismus zu beschuldigen ist, erscheint die Pflanzenkost besonders zweckmäßig. Da endlich dem Ausbruch des Coma Nierenerscheinungen (Comacylinder) vorauszugehen pflegen, so wird auch auf eine Diät zu achten sein, welche die Niere nicht reizt; jedenfalls sind die großen Alkoholmengen, die man dem Diabetiker zuführt, nicht gleichgiltig..

Der Alkohol ist (nach Ansicht des Verf.'s) für die Diabetikerernährung nicht nur nicht notwendig, sondern er kann sogar direct schädlich wirken.

Lubowski.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Dr. Neuberger (Nürnberg): **Gonorrhoe und Eheconsens.** (Vortr. auf der 71. Naturforscherversammlung zu München. Wiener klin. Rundschau 1899, No. 50 u. 51.)

Die Frage des Eheconsenses hängt zusammen mit der Heilbarkeit der Gonorrhoe. Was aber diese letztere betrifft, so ist man heutzutage gewiß im Stande, sie in vielen Fällen zu heilen; es giebt aber auch Fälle, in denen eine völlige Ausheilung der Gonorrhoe nicht erzielt werden kann, geringe Secretion zurückbleibt oder einzelne Filamente aus dem Harn nicht zum Verschwinden gebracht werden können, und zwar weniger wegen Constitutionsanomalien, sondern es handelt sich hier um Fälle, in denen die Gonokokken sich in Crypten und Drüsen der Urethralschleimhaut eingeschlichen haben und dort schwer vernichtet werden können. Die Endoskopiker legen der Handhabung ihrer Methoden nicht nur für die Heilung der Gonorrhoe, sondern auch für die Frage der Ehebewilligung eine sehr große Bedeutung bei. Nicht nur den Drüsen, sondern auch den durch den gonorrhoischen Proceß hervorgerufenen Infiltrationszuständen der Harnröhrenschleimhaut schreiben die Endoskopiker große Bedeutung zu, sie geben

jedoch selbst zu, daß auch sie für eine völlige Heilung nach endoskopischem Befund nicht eintreten können.

Die endoskopische Methode tritt unter allen Umständen hinsichtlich der Frage des Eheconsenses weit hinter der Neisser'schen mikroskopischen Untersuchungsmethode zurück. Die von Neisser vertretene Anschauung, daß man einem Gonorrhoiker die Ehe nicht versagen könne, wenn zahlreiche, auf's Exacteste und unter Anwendung aller zu Gebote stehenden Methoden vorgenommene Secret- und Filamentenuntersuchungen die Abwesenheit von Gonokokken ergeben hätten, ist im Lauf der Jahre von verschiedenen Seiten bestätigt worden. Viel rigoroser geht Finger vor, der von der Erteilung des Eheconsenses abrät, so lange noch im Secret oder den Fäden Eiterkörperchen vorhanden sind, welche er als Zeichen noch nicht erloschener Entzündung betrachtet. Der Standpunkt Neisser's würde sich jedoch in der Praxis streng nicht durchführen lassen, da es in manchen Fällen nicht gelingt, restirende Entzündungserscheinungen bei den Patienten gänzlich zu beseitigen.

Außer der mikroskopischen Untersuchung ist auch das Cultur-Verfahren zur Entscheidung der Frage, ob die Gonorrhoe geheilt sei und die Ehe gestattet werden könne, herangezogen worden. Aus den Erfahrungen verschiedener Autoren geht jedoch hervor, daß die Cultivirungsmethode bei chronischer Gonorrhoe Nichts zu verbürgen vermag. Der Wert der mikroskopischen Untersuchung hat nun wesentliche Einbuße erlitten durch die Mitteilung Kopp's, daß er in fünf Fällen, in denen 15—20malige Secret- und Filamentenuntersuchungen stets zu negativen Gonokokkenbefunden geführt hatten, nach daraufhin bewilligter Ehe Infectionen beobachtet habe. Kopp kommt daher zu dem Schluß, daß der Arzt bei der Entscheidung der Frage des Eheconsenses zur größten Vorsicht verpflichtet sei, daß Secret- und Filamentenuntersuchungen mit constant negativem Befunde nur von relativem Werte seien u. s. w. Gegen die Kopp'schen Befunde läßt sich zunächst einwenden, daß möglicher Weise falsche Angaben der Patienten eine große Rolle gespielt haben, und dann vermißt man bei Kopp genauere Angaben über den Prostatabefund und Untersuchung des Prostatasecrets. Immerhin leugnet Kopp den Wert der mikroskopischen Untersuchung durchaus nicht und dringt nur auf eine noch häufigere exacte Untersuchung. Dagegen nimmt Kromayer in dieser Frage einen ganz extrem negirenden Standpunkt ein. Die eigenen Beobachtungen und Untersuchungen des Verf.'s in dieser Frage schließen sich eng an die von Crippa und Pezzoli gewonnenen Ergebnisse an. Diesen Autoren gelang der Beweis, daß es sowohl in subacuten, wie auch chronischen Fällen von Gonorrhoe häufig mißlingt, im Secret oder den Fäden Gonokokken aufzufinden, hingegen in dem vermittelst einer in die Harnröhre eingeführten Bougie à boule aus den Urethraldrüsen ausgedrückten Follikelsecret geradezu haufenweise zu entdecken. Verf. erzielte dasselbe auch ohne Anwendung einer Bougie à boule. Er machte dabei die Erfahrung, daß gerade in Fällen von alter, chronischer Gonorrhoe in den schwammartigen alveolaren Hohlräumen gar keine Eiter-

körperchen und fast gar keine Epithelien liegen, sondern nur Gonokokkenhaufen, und dieses haufenweise Vorkommen innerhalb der alveolaren Hohlräume möchte Verf. als ein weiteres characteristisches Kennzeichen für den Gonococcus aufstellen. Durch wiederholte Untersuchungen überzeugte sich Verf. immer mehr, daß Fälle, in denen das Secret oder die Fädchen für nicht mehr gonokokkenhaltig angesehen werden konnten, schließlich bei häufiger Untersuchung und besonderer Beachtung der Drüsengebilde doch noch Gonokokken enthielten. Diese Gebilde kommen nicht immer, sondern nur gelegentlich zum Vorschein, so daß mehrfache Untersuchungen erforderlich sind; es liegt dieses in der anatomischen Natur der Crypten und Drüsen begründet, die eben nur gelegentlich zu einer Absonderung Anlaß geben, welche im Urin in Form der kleinsten unscheinbaren Pünktchen sichtbar sind.

Fernere Untersuchungen des Verf.'s in dieser Frage haben ergeben, daß die Fälle von postgonorrhoischer Entzündung nicht so häufig vorkommen, als allgemein angenommen wird, daß sie zwar nicht vollständig zu leugnen sind, daß sie aber sicherlich wesentlich eingeschränkt werden müssen. Verf. nimmt an, daß in manchen Fällen, in welchen Neisser und andere Forscher postgonorrhoische Entzündung angenommen und den Heiratsconsens erteilt haben, wahrscheinlich doch Gonokokken vorhanden waren und glaubt, daß, wenn in solchen Fällen keine Infection in der Ehe erfolgt ist, nicht etwa an eine Virulenzabschwächung der Gonokokken gedacht werden darf, die Begründung hierfür vielmehr darin liegt, daß die Gonokokken versteckt sind und bei Beobachtung sexuell-hygienischer Verhältnisse nicht leicht zu einer Infection Anlaß geben. Wenn gewisse Vorschriften stricte innegehalten werden, wenn z. B. unmittelbar vor dem Coitus urinirt wird, wenn der Coitus stets kurz ausgeübt wird, wenn Excesse in baccho vermieden werden etc., kurz, wenn alles beobachtet wird, was einerseits eine Reizung der Urethralschleimhaut des Mannes, andererseits eine Entzündung der weiblichen Genitalorgane verhindert, können günstige Verhältnisse für eine Infection nicht so leicht geschaffen werden. Man wird daher auch unter Umständen in solchen Fällen einem Patienten die Ehe nicht versagen können, namentlich bei Patienten, die kurze Zeit vor der Eheschließung ärztlichen Rat in Anspruch nehmen, um so mehr, als nicht gar selten in der Ehe die Verhältnisse außerordentlich günstig sich gestalten, indem die noch vorhandenen restirenden Entzündungserscheinungen allmählich verschwinden, was wohl darauf zurückzuführen ist, daß gerade durch den regelmäßigen Coitus in der Ehe eine günstige Massagebewegung hervorgerufen und schließlich eine Atrophie resp. Verödung der noch Gonokokken beherbergenden Drüsen eingeleitet wird. Den sonstigen Kokken, die außer den Gonokokken noch häufig im Secret und in den Filamenten aufgefunden werden, mißt Verf. keine Bedeutung bei.

Alles in Allem steht Verf. in der Frage des Eheconsenses voll und ganz auf dem Standpunkt Neisser's. Lubowski.

Dr. Plato: **Ueber Gonokokkenfärbung mit Neutralrot in lebenden Leukocyten.** Vorläufige Mitteilung. (Berliner klin. Wochenschrift 1899, No. 49.)

Mischt man einen kleinen Tropfen frischen Gonorrhoeeiters mit einer Oese einer ganz dünnen Lösung von Neutralrot in physiologischer Kochsalzlösung und untersucht im hängenden Tropfen oder im nicht fixirten Präparat, so sieht man einen Teil der intracellulären Gonokokken tief rot gefärbt, in vielen Fällen, ohne daß irgend ein anderer Bestandteil der Zellen gefärbt ist. Zuweilen findet man in Zellen mit und ohne Gonokokken leuchtend rot gefärbte Kugeln, die zu Verwechselungen keinen Anlaß geben können. Die specifischen Granulationen färben sich zuweilen leicht gelb, die Kerne bleiben im Allgemeinen zunächst ungefärbt. Nicht alle intracellulären Gonokokken sind gefärbt, sondern dicht neben gefärbten können ungefärbte liegen. Regt man die Leucocyten durch leichtes Erwärmen des Objectträgers zu amöboiden Bewegungen an, so kann man zuweilen beobachten, wie solche Gonokokken, die erst gefärbt im körnigen Teil des Protoplasmas lagen, sich langsam entfärben, wenn sie in den bei Ortsveränderungen der Zelle stets vorangehenden homogenen Randsaum des Leukocyten gelangt sind, und sich wieder färben, wenn das nachrückende körnige Protoplasma sie wieder umflossen hat. Der sonst nahe liegende Schluß, daß sich nur absterbende oder abgestorbene intracelluläre Gonokokken färben, scheint in Anbetracht dieser Thatsache nicht gerechtfertigt. Teilung intracellulärer, gefärbter Gonokokken oder eine Eigenbewegung derselben hat man bisher nicht beobachtet. Leukocyten, die nur wenige Gonokokken enthalten, zeichnen sich zuweilen durch besonders lebhafte amöboide Bewegungen aus, mit Gonokokken vollgepfropfte Eiterkörperchen lassen in der Regel jede Lebensäußerung vermissen und zeigen einen mehr oder minder stark gefärbten Kern. Einer so schnellen und intensiven Färbung ist Verf. bisher sonst nicht begegnet, so daß man möglicher Weise in dem Neutralrot ein Hilfsmittel zur Unterscheidung des Gonococcus von ähnlichen Organismen besitzt. Extracelluläre Gonokokken färben sich im hängenden Tropfen selbst nach tagelangem Aufenthalt in einer Neutralrotlösung von der oben angegebenen Concentration nicht. Im fixirten Präparat färben stärkere Neutralrotlösungen (20 ccm der kalt gesättigten wässerigen Neutralrotlösung zu 100 ccm Wasser) sowohl die extra- wie intracellulären Gonokokken in wenigen Secunden tief rot, die Kerne dagegen durchgehends schwächer, so daß eine optische Deckung des Gonococcus durch den Kern nicht stattfindet. Lubowski.

Werschbitzki: **Ueber die intracelluläre und intercelluläre Localisation der Gonokokken.** (Wojenno-medicinski Journal 1899, Heft 9. Ref. nach Petersb. med. Wochenschrift 1899, No. 49.)

Der Verlauf der Gonorrhoe soll nach der Meinung vieler Autoren ein verschiedener sein, je nachdem die Gonokokken frei oder in Zellen eingeschlossen sind. Die Fälle, in denen die Gonokokken sich vorzugsweise

in freiem Zustande befinden, sollen in therapeutischer Hinsicht ein Noli me tangere bilden. Um diese Meinung zu controliren, wurde vom Verf. jeder von den von ihm beobachteten 40 Fällen zuerst mikroskopisch untersucht und darauf, unabhängig von der Localisation der Gonokokken, nach Janet behandelt. Complicationen kamen in keinem Fall vor. Schlußfolgerungen:

1. Je frischer der Fall, desto mehr Eiterzellen, die mit Gonokokken vollgepfropft sind; in chronischen Fällen dagegen sind die Gonokokken größtenteils frei.

2. Die Localisation der Gonokokken kann einige Hinweise geben über die Dauer und Hartnäckigkeit der Erkrankung, für die Therapie aber hat sie keine Bedeutung.

3. Die Therapie soll in allen Fällen möglichst eingeleitet werden, wenn nur keine stürmischen Erscheinungen vorhanden sind.

4. Die Therapie giebt in den Fällen mit intracellulärer Localisation günstigere Resultate.

Lubowski.

Dr. Reach: **Paraurethritis gonorrhoica.** (Vortrag und Demonstration im Budapester königl. Aerzteverein. Pester med.-chirurg. Presse 1899, No. 51.)

Patient acquirirte das erste Mal vor sechs Jahren Gonorrhoe. In der zweiten oder dritten Woche entstand an der unteren Fläche des Penis eine bohnengroße, lebhaft rote, druckschmerzliche, hart anzufühlende Anschwellung, aus der sich lange Zeit hindurch rot gefärbter, später dicker, grünlichgelber Eiter entleerte. Die Anschwellung heilte mit Rücklassung einer nadelgroßen Oeffnung. Bei neuer gonorrhoischer Erkrankung wiederholte sich der oben beschriebene Proceß in Begleitung mindergradiger Entzündungserscheinungen, das letzte Mal vor drei Jahren; seit dieser Zeit bemerkte Patient um die Oeffnung etwas Nässen. Patient kam am 10. v. M. mit einer damals schon zwei Wochen alten acuten Blennorrhoe und einer seit einer Woche bestehenden linksseitigen Epididymitis in Behandlung. An der unteren Fläche des Penis fand sich in der linksseitigen Frenulumfalte eine hirsekorngroße, rot verfärbte, an der Kuppe mit gelblicher Borke bedeckte Volumzunahme, welche sich in der Penishaut nach hinten oben ca. $1^1/_2$ cm weit als federkieldicker, druckschmerzlicher, von der Urethra gänzlich distincter Strang fortsetzte. Nach Entfernung der Borke entleerte sich dicker, gelblich-grüner Eiter, welcher zahlreiche intracelluläre und freie Gonokokken und teilweise zertrümmerte Epithelzellen von unbestimmter Form enthielt. Die durch die Oeffnung eingeführte Bowman'sche Sonde drang 3 mm weit ein. Gegenwärtig entleert sich aus der nadelstichgroßen Oeffnung durch Druck auf den consistenten Strang wenig weißes, dünnflüssiges Secret, welches sich gelegentlich der letzten Untersuchung noch als gonokokkenhaltig erwies. Der ganze blennorrhoische inficirte Gang wird demnächst exstirpirt werden.

Lubowski.

Boinet: **Arthrite suppurée. Rhumatisme polyarticulaire et manifestations spinales d'origine blennorrhagique; présence du bacille pyocyanique dans le sang veineux recueilli vingt-quatre heures avant la mort.** (Annales de derm. et de syph. 1899, No. 11. Congrès des aliénistes et neurologistes français. Marseille, April 1899.)

An eine Urethralgonorrhoe bei einem 17jährigen Mädchen schlossen sich Schmerzen in verschiedenen Gelenken der unteren Extremität, hauptsächlich in der rechten Hüfte, an. Decubitus, Atrophie der Beine, schlaffe Lähmungen und Mangel der Sehnenreflexe vervollständigen das Krankheitsbild. Das Blut enthält den Bacillus pyocyaneus. Drei Monate und drei Wochen nach Beginn des Urethralausflusses erfolgt im Coma der Tod.

Bei der Autopsie enthält das Hüftgelenk viel blutigen Eiter. Knorpel des Kopfes der Hüfte und der Pfanne sind verschwunden. Die Aussaat aus der Milzpulpa ergiebt Colibacillen. Auch die peripheren Nerven und das Rückenmark zeigen Veränderungen, die indes nicht von Gonokokken, sondern von secundären Mikroben abhängig erschienen.

Dreyer (Köln).

Launois: **Arthropathies récidivantes, amyotrophie généralisée, troubles trophiques multiples (cornes cutanées, chute d'un ongle) d'origine blennorrhagique.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 11. Soc. méd. des hôp. de Paris, séance du 21. juillet 1899.)

Ein erster Tripper vor 20 Jahren heilte schnell trotz Complication mit Orchitis und Cystitis colli. Einem zweiten Tripper vor 10 Jahren folgten multiple Gelenkentzündungen, die vollständig ausgeheilt sind. Vor sieben Jahren trat der dritte Tripper auf, zu dem sich schon nach wenigen Tagen Entzündungen der Fuß- und Kniegelenke gesellten mit beträchtlicher Atrophie der Muskeln der unteren Extremitäten. Dieses Mal erfolgte Heilung nach fünf Monaten. Eine neue Erkrankung mit denselben Complicationen erfolgte sechs Monate später und ihre Heilung nahm noch längere Zeit in Anspruch. Bei dem nunmehr 40jährigen Mann trat jetzt der fünfte Tripper ein und beteiligte zunächst nur die Tibiotarsalgelenke. Nach drei Monaten war der Mann beträchtlich abgemagert. Decubitus am Steißbein ist eingetreten. Die Schultergelenke sind unbeweglich, das rechte Ellenbogengelenk, das rechte Kniegelenk, die Zehengelenke und das linke Daumengelenk sind stark geschwollen und die Knochen hypertrophirt. An der Innenseite der großen Zehen finden sich gewaltige Hornmassen, die sich nach der Plantarseite fortsetzen und nach dem Dorsum zu an der Innenseite der Nägel halt machen. Im Harnröhreneiter finden sich nur Colibacillen, keine Gonokokken. Die Muskel- und Gelenkschwellungen bessern sich rasch. Dabei treten indes Hornwucherungen in Form conischer Zapfen unregelmäßig zerstreut auf dem rechten Fußrücken auf. L. glaubt, daß trophische Störungen in Folge

von Toxinwirkungen auf das centrale Nervensystem vorliegen, während Lancereaux an einen Tripperrheumatismus glaubt. Jacquet betont die Benignität der Muskelatrophien bei Gonorrhoe, die noch heilen, wenn die Kranken schon verloren scheinen. Dreyer (Köln).

Alric-Bourgès: **Contribution à l'étude de la suppuration et de la nécrose du testicule au cours de la blennorrhagie aiguë.** (Thèse de Toulouse, Februar 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 11.)

Eiterung und Necrose des Hodens begleiten sehr selten den Tripper, wahrscheinlich immer im Gefolge einer Epididymitis. Meist folgt die Necrose dem Absceß, doch kann sie auch primär auftreten. Pellizzari schreibt den Gonokokken eine ursächliche Rolle zu, doch ist wenig über die Pathogenese bekannt. Die Prognose ist gut quoad vitam. Der Hoden wird gewöhnlich zerstört. Nur 15—16 Fälle der Affection sind verzeichnet.

Dreyer (Köln).

Andrieu: **La vulvo-vaginite blennorrhagique chez la petite fille.** (Thèse de Montpellier, December 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 11.)

Verf. hatte eine Vulvo-vaginitis gonorrhoica bei einem siebenjährigen Mädchen beobachtet, an die sich eine Metritis, Peritonitis, Endocarditis, Albuminurie und Lungenödem anschlossen. Er erörtert die Vulvovaginitis der Kinder, gegen die er Spülungen mit hypermangansaurem Kali empfiehlt

Dreyer (Köln).

Gustav Feigl (Prag): **Die Behandlung des blennorrhoischen Cervixcatarrhs auf Grundlage des Antagonismus der Mikroorganismen nach der Landau'schen Methode.** (Wiener med. Wochenschrift 1899, No. 45/46.)

F. hat die Landau'sche Methode der Hefeinjectionen unter genauer Berücksichtigung der Angaben des Autors an 50 Kranken der böhmischen dermatologischen Klinik und Abteilung des Prof. Janovsky in der Zeit von sieben Wochen angewendet. Die kleinste Zahl von Injectionen betrug zwei, die größte 21, durchschnittlich sechs im einzelnen Falle. In den Cervix oder Uterus wurden keine Injectionen vorgenommen; während und unmittelbar nach der Menstruation wurde die Behandlung ausgesetzt. Die Resultate waren lange nicht so günstig, als wie Landau sie angiebt; es war überhaupt kein Fortschritt gegen die bisherigen Methoden zu bemerken. Was die Gonokokkenbefunde betrifft, so ließ sich im Ganzen nur eine mäßige Verringerung des Procentsatzes positiver Befunde nachweisen, und gerade in den am längsten behandelten Fällen waren zu Ende der Behandlung Gonokokken im Secret vorhanden. Bei einer Reihe von Kranken, und zwar in

23 Fällen, war eine Besserung zu constatiren; es betraf dies aber nur Fälle von Blennorrhoe mit geringem glasigen oder schleimig-eitrigen Ausfluß, in diesen wurde das Secret dünnflüssiger, wässerig, spärlicher, manchmal äußerst geringfügig oder verschwand gänzlich. Dagegen bei stärkeren Catarrhen ließ die Methode fast völlig im Stich, und es mußte zur alten Therapie zurückgekehrt werden. In einzelnen Fällen, besonders bei solchen, wo die Hefeapplication nur jeden zweiten oder dritten Tag erfolgt war, trat sogar eine beträchtliche Verschlimmerung ein: die Scheide war von einer größeren Menge eitrigen Secrets erfüllt; die Scheidenschleimhaut, die Portio, manchmal auch die Vulva waren stark gerötet, gedunsen, der Ausfluß aus dem Cervix gesteigert, hier und da Erosionen an der Portio, die sich verschlimmerten. In einem Fall entwickelte sich während der Behandlung eine bedeutende Empfindlichkeit des linken Parametriums mit mäßiger Schwellung und ziemlich heftigen Schmerzen im linken Hypogastrium; die Erscheinungen verschwanden nach Aussetzen der Therapie und unter Ruhe binnen wenigen Tagen. In einem anderen Fall stellte sich ein parametritisches Exsudat und Adnexerkrankung mit hohem Fieber nach der dritten Hefeapplication mit zweitägiger Contactdauer ein; die Kranke wurde erst nach dreimonatlicher Behandlung gebessert entlassen.

Hierzu ist zu bemerken, daß auf Grund der eigenen Ausführungen F.'s sein abfälliges Urteil über die Methode noch nicht berechtigt erscheint; er giebt zu, in etwa der Hälfte der Fälle, wenn auch nur bei den leichter Erkrankten, Besserung, selbst Heilung erzielt zu haben; auch L. berichtet nur über Heilung in der Hälfte der Fälle. Was die bei zwei Patientinnen eingetretenen Complicationen betrifft, so ist durch Nichts erwiesen, daß sie der Methode zur Last gelegt werden dürfen. E. Samter.

Follen Cabot (New-York): **The Neglect of Sexual Symptoms in the Treatment of the male Genito-Urinary Organs.** (Medical Record, 30. September 1899.)

Verf. resumirt zum Schlusse seiner Ausführungen, aus denen besonders die entschiedene Stellungnahme gegen die Janet'sche Irrigationsmethode hervorzuheben ist, folgendermaßen:

1. Bei der Behandlung von Krankheiten des Genito-Urinaltractus ist ein gründliches Studium und sorgfältiges Erforschen der sexuellen Symptome erforderlich.

2. Die unterschiedslose Anwendung der Irrigation widerspricht wissenschaftlichen Lehren, ihre Wirkung auf die Genitalorgane ist oft unheilvoll und verursacht die Verbreitung der Gonokokken.

3. Vor der Einführung von Instrumenten in die Harnröhre soll in jedem Fall eine digitale Exploration des Rectums vorgenommen werden, mit der der Untersucher vertraut sein muß.

4. Verschiedene Formen eigenartiger nervöser Symptome sind auf Störungen der Sexualorgane zurückzuführen. Blanck (Potsdam).

Dr. Hugo Feleki (Budapest): **Ueber die antiparasitären Heilmittel der Harnröhrenblennorrhoe.** (Wiener klin. Rundschau 1899, No. 44—47.)

Verf., der schon vor zehn Jahren mit einer größeren Publication über die antiparasitären Heilmittel der Harnröhrenblennorrhoe in die Oeffentlichkeit getreten ist, unterzieht wiederum den gegenwärtigen Stand desselben Heilverfahrens einer kritischen Beleuchtung. Derselben liegen die hervorragendsten Erscheinungen der einschlägigen Litteratur der letzten Zeit zu Grunde, sowie auch nicht minder die eigene reiche Erfahrung des Verfassers. Alles in Allem gelangt Verf. zu Schlüssen, welche sich mit denen der früheren Publication zum großen Teile decken. Die Einführung der neueren antigonorrhoischen Mittel und der darauf basirenden Heilverfahren in die Therapie der Gonorrhoe müsse als zweifelloser Gewinn angesehen werden; es entspreche aber nicht den Thatsachen, daß man im Stande sei, auch acute Fälle vorausgesetzt, zu jeder Zeit abortiv einzuwirken oder den Gonococcus stets rasch zum Schwinden zu bringen und die Verbreitung des Trippers nach rückwärts, sowie das eventuelle Auftreten von Complicationen in einer bedeutenden Anzahl von Fällen zu verhindern. Keines der neuen Heilmittel oder Verfahren könne als souveränes Antigonorrhoicum angesehen werden; ihre Anwendung habe ihre strenge Indication und Contraindication, und auch im Falle ihrer rationellen Application würde sie in der Mehrzahl der Fälle, nur mit anderen Mitteln und eventuell anderen Behandlungsmethoden combinirt, die Möglichkeit einer erfolgreichen Behandlung bieten. Zum Schluß warnt Verf. vor Schematisirung in der Therapie des Trippers, dessen Verlauf als Ergebnis teils bekannter, teils unbekannter Factoren ein auffallend ungleiches Krankheitsbild darbieten kann. Lubowski.

Giorgio Nicolich (Triest): **Ueber Urethrotomia interna bei Behandlung von Harnröhrenstricturen.** (Wiener medicin. Presse 1899, No. 50/51.)

N. berichtet über seine Erfahrungen betreffend 260 innere Harnröhrenschnitte aus 13jähriger Spitalspraxis. Die Ausführung der Operation geschah mit dem Maisonneuve'schen Urethrotom oder mit dem von Béniqué nach Guyon mit einer Schneidekante versehenen oder einem mit zwei Schneidekanten nach Verf.'s eigener Angabe von Collin verfertigten Béniqué. Die behandelten Kranken standen im Alter von 15—90 Jahren, die Mehrzahl zwischen 21 und 50; der Sitz der Strictur war fast stets in der Pars perinealis, nur wenige Male in der Pars prostatica, öfter gleichzeitig in beiden Abschnitten. Stricturen des Orificium urethrae sind nicht eingerechnet. Häufig bestanden vor der Operation Cystitis leichteren oder schwereren Grades, einige Male Urininfiltration, Perinealabsceß, Urinfisteln und andere Complicationen. Nach der Operation trat in sieben Fällen leichte Hämaturie

ein, einmal Urininfiltration im rectovesicalen Raum mit tötlichem Ausgang durch Peritonitis, dreimal Urininfiltration am Peritoneum; die drei letzteren Fälle können nicht mit absoluter Sicherheit von der Operation abhängig gemacht werden, weil bei ihnen schon vor der Operation außerhalb verschiedentliche und wiederholte Versuche, sie zu katheterisiren, gemacht worden waren und die Ursache der Harninfiltration gewesen sein können. Viele Kranken fieberten vor der Operation und waren nach derselben fieberfrei; 21 zeigten in den ersten 48 Stunden nach der Operation Fieber, als sie noch den Verweilkatheter hatten; 42 hatten Schüttelfröste und hohe Temperaturen, nachdem der Katheter entfernt wurde; in einem Falle trat Schüttelfrost ein zehn Minuten nach der Operation, in einem anderen wiederholte sich der Fieberanfall drei Tage hindurch, in einem dritten durch zwei Tage; im Allgemeinen aber beschränkte sich das Fieber auf einen einzigen Anfall, welcher wenige Stunden dauerte, und kein einziger der Kranken bot besonders alarmirende Symptome dar. Die Durchschnittsziffer des Spitalsaufenthaltes betrug bei Operirten ohne Complicationen $6^3/_4$ Tage, bei den complicirten Fällen 28 Tage. 22mal handelte es sich um Fälle, bei denen die Strictur schon einmal mit dem inneren Harnröhrenschnitt früher behandelt und dann recidivirt war; der Grund dieser Recidive war aber nach der Ansicht des Verf.'s fast immer die Nachlässigkeit des Patienten, die den ausdrücklich verordneten Gebrauch der Bougies (No. 20 oder 21) unterlassen hatten.

Verf. betont ausdrücklich, daß er durchaus nicht etwa alle Fälle von Stricturen mit der U. interna behandelt habe, insbesondere diejenigen nicht, bei denen die Strictur für ein Bougie von einem bestimmten Caliber durchlässig war und der graduellen Erweiterung keinen hartnäckigen Widerstand entgegensetzte; er erwähnt 108 mit gradueller oder forcirter Dilatation oder Urethrotomia externa behandelte Fälle (mit im Ganzen zwei Todesfällen gegen einen Todesfall bei 260 U. int.)

N. kommt zu dem Endresultat, daß die U. int. in vielen Fällen viel weniger gefährlich ist, als die gar nicht gefürchtete graduelle Erweiterung und dieser durch den sofortigen wohlthätigen Effect überlegen ist, daß sie bei completer Harnverhaltung mit Cystitis und Urininfection direct lebensrettend wirken kann. Gegenüber der U. externa erreicht sie — vorausgesetzt nur, was notwendige Vorbedingung für die Ausführbarkeit der Operation ist, daß die Strictur eine Leitsonde passiren läßt — viel rascher und besser ihren Zweck, auch wenn die Strictur durch Urinfisteln oder periurethrale Abscesse complicirt ist; die ersteren heilen sehr rasch, wenn der Urin wieder seinen Weg durch die Harnröhre nimmt, für die letzteren ist eine einfache Incision vollkommen genügend.

E. Samter.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Georges Baudouin: **Chancres syphilitiques de la langue.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 11. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 9. novembre 1899.)

Der 44jährige Kranke hat keinerlei geschlechtliche Beziehungen seit zwei Jahren gehabt. Indes raucht er Abends und sammelt zu dem Zweck Cigarrenreste auf der Straße, so daß vielleicht auf diesem Wege die Infection erfolgt ist. Die Pluralität der Zungenschanker ist nach der Fournier'schen Statistik recht selten. Die characteristischen Drüsen fanden sich vor dem Sterno-cleido-mastoideus. Dreyer (Köln).

Dr. Wetschtomow: **Beitrag zur Casuistik der visceralen Syphilis. Ueber den Wert der Anamnese bei dieser Form der Erkrankung. Ein Fall von Lebersyphilis.** (Medicina 1899. Ref. nach Petersburger medic. Wochenschr. 1899, No. 49.)

In dem vom Verfasser beobachteten Falle handelte es sich um einen 62jährigen Patienten, der in früheren Jahren häufig dem Alkohol fröhnte, Syphilis jedoch nach seinen Aussagen niemals acquirirt hatte. Er erkrankte unter den Erscheinungen von Atemnot, Schlaflosigkeit und Schmerzen in der Lebergegend, die in der Nacht an Intensität zunahmen. Die Leber war vergrößert, hart, der untere Rand abgerundet, auf der vorderen Fläche der Leber lassen sich drei kastaniengroße Erhabenheiten von runder Form herauspalpiren. Kein Icterus, kein Ascites. Letzteres Symptom, sowie das Fehlen einer Milzvergrößerung und andere Stauungserscheinungen im Pfortadersystem ließen Cirrhose ausschließen. Es blieb nur noch der Verdacht auf Carcinom oder Syphilis der Leber, trotz fehlender anamnestischer Anhaltspunkte. Um Syphilis ausschließen zu können, stellte W. einen Versuch mit Jodkalium innerlich an. Der Zustand besserte sich. Darauf wurden Hg-Einreibungen verordnet, die eine wesentliche Besserung des Kranken zur Folge hatten und die Diagnose einer syphilitischen Erkrankung im gegebenen Fall außer Frage stellten.

Verf. zieht aus seiner Beobachtung den Schluß, daß die Anamnese, namentlich in Fällen von visceraler Syphilis, keine sichere Handhabe zur Ausschließung einer syphilitischen Erkrankung bietet und daß man sich in Folge dessen nach anderen Anhaltspunkten umsehen muß. Solche Mittel sind nun das Jod und das Quecksilber, deren Wirkung auf den suspecten Organismus oftmals zur richtigen Diagnose verhilft. Lubowski.

Dr. Thorel: **Ueber viscerale Syphilis.** (Archiv f. pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin 1899, Bd. 158, Heft 2.)

Verf. liefert einen beachtenswerten Beitrag zur Frage der visceralen Syphilis durch die Mitteilung zweier genau verfolgter Fälle. In dem ersten handelt es sich um einen 63jährigen Mann, welcher in Folge multipler Caries der Knochen und einer Gangrän an beiden Beinen in marantischem Zustand verstarb. Bei der äußeren Besichtigung des Verstorbenen fielen, außer einer schmutzig-fleckigen Pigmentirung der Haut, zunächst mehrere tief eingezogene und mit dem Knochen verwachsene, bräunlich colorirte Narben auf, die sich an der Innenseite des linken Oberarms, über dem rechten Schläfenbein und beiderseits über einigen Rippenspangen im Bereich der mittleren Axillarlinie vorfanden; daneben zeigten die beiden unteren Extremitäten, von den Malleolen bis zur Kniegegegend herauf, die Veränderungen einer ausgedehnten Gangrän, ohne daß in den Cruralgefäßen irgend welche thrombotische oder arteriosclerotische Gefäßverschlüsse nachweisbar gewesen wären.

Von den inneren Organen zeigten die Leber und das Pancreas Veränderungen, welche als syphilitische gedeutet werden konnten. Die Leber verwachsen und sowohl an der Vorder- als an der Hinterfläche beider Lappen von einer größeren Anzahl tiefgreifender, trichterförmiger Narben durchsetzt; im Bereich derselben erwies sich das im Ganzen muscatnußartig gezeichnete Parenchym der Leber durch schwielig-weiße oder rötlich-graue, manchmal käsig durchsprenkelte, keilförmige Narben substituirt. Das Pancreas erschien mit Ausnahme des atrophisch verdünnten Schwanzteiles auf eine brettharte, unregelmäßig knollige Masse zusammengeschrumpft und ließ auf seiner weißlich glänzenden und schwielig indurirten Schnittfläche nur an wenigen Stellen kleine, etwas markige, prominirende Drüsenreste erkennen; innerhalb derselben und zwischen den Maschen des Narbengewebes fanden sich mehrfach runde, stecknadelkopfgroße oder etwas größere gelbliche, fleckige Einlagerungen von weicher Consistenz und an einer Stelle überdies ein bohnengroßer, gleichmäßig gelb gefärbter, trockener Käseherd, welcher sich ziemlich leicht aus seiner schwieligen Umgebung herausheben ließ. Diese Leichenbefunde ließen von vornherein an einen tertiären syphilitischen Erkrankungsproceß denken. Zur Sicherung der Diagnose und Klärung des pathologischen Processes hat Verfasser eine Reihe mikroskopischer Untersuchungen vorgenommen, welche ergaben, daß, von den im Ganzen geringfügigen endarteritischen Veränderungen abgesehen, der Erkrankungsproceß hauptsächlich die Venen betraf, welche sich teils unter dem Bilde der chronischen Endophlebitis, teils als heftige allgemeine Entzündungen der Gefäßwand mit consecutiver Obliteration der Venenlumina präsentirten.

Diese ungleichmäßige Ausbreitung der Gefäßerkrankung ist kürzlich auch von Rieder (conf. diese Monatsberichte 1898, S. 218) beschrieben worden, und Verf. ist in Uebereinstimmung mit diesem letzteren der An-

sicht, daß eine specifische Bedeutung dieser Gefäßerkrankung nicht zukomme. Dagegen betrachtet Verf. die von Rieder für diese Gefäßerkrankung gewählte Bezeichnung der Venosclerosis syphilitica als unzweckmäßig.

In dem zweiten Fall handelte es sich um ein in der Mitte der 20er Jahre stehendes und notorisch syphilitisches weibliches Individuum, welches nach langjähriger specifischer Behandlung plötzlich in schwerem Collaps verstarb. In diesem Fall waren die Veränderungen im Herzen und in der Leber localisirt. Das Herz war wenig vergrößert und enthielt in seiner Pericardialhöhle eine geringe Menge flockig getrübter Flüssigkeit, während an dem Fettgewebe des Epicards, namentlich über dem rechten, weniger über dem linken Ventrikel zahlreiche kleine, punkt- und strichförmige, trübe, weiße Einlagerungen auffielen. Die Musculatur des Herzens war von butterweicher Consistenz und zeigte ein fahles, wachsartiges Colorit. Im rechten Ventrikel war die Musculatur im Ganzen etwas verdickt, von gleichmäßig pulpös vorquellender Beschaffenheit und exquisit gefleckt. Die analogen Veränderungen fanden sich auch in der hypertrophisch verdickten Wand des linken Ventrikels. Im Uebrigen waren die Klappenapparate intact und, abgesehen von einer geringen Trübung des linksseitigen Endocards, keine weiteren Veränderungen am Herzen zu constatiren.

Die Leber war deutlich vergrößert, von einer leicht getrübten Kapsel überzogen und an der Oberfläche beider Lappen von zahlreichen, teils kleineren, teils größeren narbigen Furchen und Einziehungen durchsetzt: denselben entsprachen im Parenchym der Leber keilförmige, gerötete Partien, in deren Mitte vielfach runde oder unregelmäßige, trockene Käseherde eingeschlossen waren; des Weiteren fanden sich auch noch in der Tiefe des Lebergewebes, welches im Ganzen das Bild der Muscatnußleber darbot, verschiedentlich erbsengroße Gummata vor.

Die histologische Untersuchung ergab in der Leber zahlreiche narbige Einziehungen, käsige Knoten inmitten des Leberparenchyms, die dem bekannten Bilde der Lebersyphilis entsprachen. Viel eigenartiger und schwerwiegender war die Affection des Myocards. Hier handelte es sich um die Entfaltung eines mächtigen Granulationsgewebes, welches zu einer ganz erheblichen Reducirung, zum Teil zu einer completten Einschmelzung der Musculatur geführt hat. Gegenüber denen der gewöhnlichen interstitiellen Myocarditis waren hier die üppig wuchernden Kernmassen, abgesehen von den zahlreichen, zum Teil in innig herdweiser Gruppirung eingelagerten eosinophilen Zellen, in besonderer Weise durch den reichlichen Gehalt an Riesenzellen und necrotischen Zerfallsherden characterisirt. Die Zahl der ersteren war ein erstaunlich große, die Art ihrer Verteilung aber variabel. In Form, Größe und Kernreichtum waren die mannigfaltigsten Abstufungen vorhanden. Ungeachtet der weitgehenden Dissemination der Riesenzellen ließ sich häufig ein gewisses locales Abhängigkeitsverhältnis derselben zu den Necroseherden nicht verkennen. Ueber die Größe miliarer Knoten gingen diese Herde, welche in all' ihren Einzelheiten dem Verhalten verkäster Gummata entsprachen, nicht hinaus.

Die beiden Fälle einer gemeinsamen Betrachtung unterziehend, findet Verf. das hauptsächlichste Interesse derselben darin, daß sie in histologischer Beziehung gewissermaßen den Typus einer Organerkrankung im tertiären Stadium der Syphilis repräsentiren. In histogenetischer Beziehung führen sie sowohl die frühen Stadien der diffusen Granulationen als auch den Uebergang derselben zur schwieligen Metamorphose des Gewebes vor die Augen. Verf. glaubt aber, daß immerhin weder die Granulationen, noch die Narbenbildungen als solche diejenigen Veränderungen sind, auf welche sich der Schwerpunkt bei diesen Entzündungsvorgängen concentrirt, sondern es sind die Gummata, welche der Erkrankung den Stempel der Specificität verleihen. Ohne diese würden sich die durch Syphilis bedingten Gewebsveränderungen in keiner Weise von den auf anderer ätiologischer Basis entstandenen unterscheiden, so daß man also lediglich aus ihrem Nachweis den specifischen Character der Organerkrankung zu erschließen vermag.

Lubowski.

Rénon: **La fragilité du rein dans la syphilis.** (Presse médicale 1899, pag. 177. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, 11.)

R. berichtet über zwei Syphilitiker, bei denen schwere Nierenerscheinungen im Anschluß an Erkältungen auftraten, bei dem einen eine acute Nephritis während der Secundäreruption und bei dem anderen acute nephritische Schübe im Verlauf einer chronischen syphilitischen Nephritis. Er glaubt, daß die syphilitische Toxämie die Nieren stark gefährdet und will die Syphilitiker vom Beginn ihrer Krankheit an 2—3 Monate einem Milchregime unterwerfen.

Dreyer (Köln).

Dr. Rosenberg: **Beitrag zur Symptomatologie der tertiären Syphilis.** (Vortrag, gehalten in der Berliner laryngol. Gesellsch. Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 51.)

Der 40jährige Patient zeigt folgende Zeichen einer tertiären Syphilis: An der Nase fehlt der vorderste Teil des häutigen Septums; dahinter findet sich ein runder Defect im knorpligen Septum. Diese beiden Defecte sind von einander getrennt durch eine schmale Hautbrücke, die gewissermaßen als Stütze für den vordersten Teil des Nasenseptums übrig geblieben ist. Es ist aber zu einer leichten Einsenkung des Nasenrückens unmittelbar oberhalb der Nasenspitze gekommen. Das knöcherne Septum dagegen ist vollkommen erhalten. Im Rachen fehlt die Uvula, die hinteren Gaumenbögen und das Velum sind mit der hinteren Rachenwand verwachsen; nur in der Mitte bleibt ein Spalt, der in den Nasenrachen hineinführt; am Zungengrund ebenfalls verschiedene Narben. Der Patient kam mit sehr erheblichen laryngostenotischen Erscheinungen in die Behandlung des Vortragenden. An der rechten Seite der Epiglottis, am Uebergang in die aryepiglottische Falte befand sich eine rundliche, glatte, eiförmige Geschwulst. Trotzdem man nun eine acute Entzündung (Laryngitis submucosa) aus verschiedenen Gründen ausschließen konnte und auf Grund der übrigen Erscheinungen zur Diagnose

eines Gummi gedrängt wurde, hat Vortr. doch mit Rücksicht auf die hochgradigen stenotischen Erscheinungen eine Incision in dieses Gummi hinein gemacht. Nach der Incision entstand eine sehr lebhafte Blutung und eine Abschwellung der ganzen Region, so daß der Patient viel freier atmete. Er bekam dann große Dosen Jodeigon, und unter dieser Medication ist ziemlich schnell die Heilung erfolgt. In Folge der dabei eingetretenen Schrumpfung steht nun die Epiglottis nicht mehr in ihrer ursprünglichen Lage, sondern die der Mittellinie entsprechende Partie des Epiglottisrandes ist nunmehr ganz nach der rechten Seite hinübergetreten, so daß er jetzt die pharyngo-epiglottische Falte berührt, also aus der sagittalen Position in die seitwärts gedrehte gebracht worden ist. Lubowski.

Dr. Nobl (Wien): **Fall von grossknotiger Gummabildung in der Zunge.** (Demonstration in der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 8. November 1899. Wiener klinische Wochenschrift 1899, No. 47.)

Bei dem 30jährigen Patienten ist die linke Zungenhälfte von einer hühnereigroßen, halbkugelig prominenten, derbelastischen Geschwulst durchwuchert, welche nach rechts hin am Septum med. linguae, nach hinten in der Region der wallförmigen Wärzchen ihre scharfen Grenzen findet. An der Oberfläche des Tumors sind — gleichwie rechts an der hinteren Rachenwand — bis fingernagelgroße, seichte Zerfallsherde wahrzunehmen. Ein weiteres pathognostisches Kennzeichen der Erkrankung bildet ein bereits stark in Involution begriffenes ulcerös-gummöses Syphilid am Stamme und den oberen Extremitäten, das sich in Form thaler- und handtellergroßer Herde präsentirt. Die Infection datirt auf sieben Jahre zurück, und das damalige papulöse Exanthem wurde durch eine Inunctionskur zum Rückgange gebracht. Die gegenwärtige, seit zwei Monaten bestehende Läsion wird mit subcutanen Injectionen von Jodipin, einer organischen Verbindung des Jods mit Sesamöl, behandelt. Die schmerzlosen Injectionen werden in zweitägigen Intervallen unter die Rückenhaut gemacht und sind weder von localen noch allgemeinen Reactionserscheinungen gefolgt. Die dem Organismus auf subcutanem Wege zugeführte Jodmenge wird langsam und gleichmäßig verarbeitet und ebenso ausgeschieden, welchem Umstande es Nobl auch zuschreibt, daß sich bisher in keinem Fall seiner Versuchsreihe mit Jodipin die bekannten üblen Nebenwirkungen der internen Jodmedication geltend gemacht haben. Lubowski.

Leredde et Druelle: **Syphilis tertiaire de la bouche, due à l'usage du tabac chez une femme.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 11. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 9. novembre 1899.)

Syphilitische Erkrankungen des Mundes bei Frauen sind selten, und selbst diejenigen Frauen, welche rauchen, haben seltener als Männer secundäre Plaques der Zunge aufzuweisen, noch seltener secundäre Munderkran-

kungen. Eine solche sclerotische tertiäre Affection fand sich bei einer 43jährigen Frau, welche vor 25 Jahren Syphilis gehabt hatte und seit 20 Jahren rauchte, auf Zunge und Wangen, während oberflächliche Geschwüre an Gaumen und Lippen vorhanden waren. Dreyer (Köln).

Prof. Dr. Victor Janovsky (Prag): **Ueber das Verhältnis der Leucoplakia oris zur Syphilis.** (Wiener med. Wochenschrift 1899, No. 48, 49, 50, 51.)

Die Erörterungen des Verfassers über das Verhältnis der Leucoplakia oris zur Syphilis sind das Resultat des genaueren Studiums einer Anzahl von 60 Fällen, welche sich auf einen Zeitraum von 17 Jahren verteilen und welche zumeist durch längere Zeit und eingehend beobachtet werden konnten. Vorausgeschickt ist eine übersichtliche Darstellung der bisherigen Litteratur über den Gegenstand, ausgehend von den ausführlichen Arbeiten Schwimmer's. Darauf giebt J. die Einteilung in die zwei großen Gruppen der Leucoplakie, und zwar jene, wo die Syphilis als ätiologisches Moment gar keine Rolle spielt, sondern die Leucoplakie bei Affectionen des Magens und des Darmtractus und besonders unter dem Einfluß von Tabak und Alkohol, ferner bei Diabetes sich zu entwickeln pflegt, und wo auch bei der genauesten Untersuchung weder in der Anamnese noch in dem objectiven Befund sich Spuren von Syphilis constatiren lassen, und eine zweite Gruppe, mit Syphilis in der Anamnese oder im localen Befund. In der ersteren Gruppe von Fällen kann durch ein geeignetes diätetisches Regime mit Gebrauch von Alkalien, Karlsbader oder Marienbader Wasser und localer Behandlung der Magenaffection die Leucoplakie sich zurückbilden.

Was den Einfluß von Tabak und Alkohol anbelangt, so läßt sich dieses ätiologische Moment als ein primär und einzig einwirkendes selten constatiren. Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß die unter dem Namen Plaques de fumeurs oder Smoker patches beschriebenen Erkrankungen der Zungenoberfläche entschieden leucoplakischer Natur sind, jedoch meist nicht rein in Folge des Tabaks auftretende Erkrankungen darstellen, sondern sich meist auf die dyspeptischen Störungen oder gleichzeitige Einwirkungen von Alkohol zurückführen lassen. Ebenso würde es schwierig sein, einen reinen Fall von Alkoholeinwirkung zu constatiren, da die erwähnten Momente, besonders der Abusus des Tabaks und die dyspeptischen Zustände häufig sich zu combiniren pflegen. In Bezug auf den Mercurialgebrauch als ätiologisches Moment konnte J. nicht die Ueberzeugung gewinnen, daß die Mercurialkuren irgend welchen Einfluß von Bedeutung sowohl auf die Entstehung als auf den weiteren Verlauf der Erkrankung und der Heilung der Leucoplakie genommen hätten, außer den einer erschwerenden Complication; er kann ihnen daher nicht die entscheidende Rolle zuschreiben, wie andere Autoren. Die bei Mercurialmißbrauch auftretenden Epithelialtrübungen sind anderer Art, schwinden nach Aussetzen der Mercurbehandlung, weisen auch niemals eine Metaplasie in Carcinom auf und sind gewöhnlich von den übrigen Erscheinungen einer Mercurialstomatitis begleitet.

Die zweite Reihe umfaßt diejenigen Fälle, in denen die Syphilis entweder unmittelbar vorausgegangen ist oder durch die Anamnese sich nachweisen läßt. Dabei sind folgende Gruppen zu unterscheiden: 1. Fälle, wo vor längerer Zeit, zwei, drei oder mehr Jahren, die typischen Erscheinungen einer constitutionellen Syphilis mit besonderer Localisation im Munde constatirt werden konnten und wo nach einem vollkommen freien Intervalle, während dessen nicht die geringsten Erscheinungen in der Mundhöhle, namentlich an der Zunge, auftraten, sich eine typische Leucoplacie entwickelt, welche genetisch entweder mit der Syphilis im Zusammenhang steht, oder sich vollkommen unabhängig und durch andere Momente, wie Tabak, Alkohol, Mißbrauch von stark gepfefferten und gewürzten Speisen, oder durch mechanische Zungenläsionen angeregt, entwickelt. Es hält hier schwer, einen genetischen Zusammenhang zwischen der vorausgehenden Syphilis und der darauffolgenden Leucoplakie festzustellen; Verf. berichtet dabei genauer über zwei Fälle, welche unwiderleglich beweisen, daß auch bei alten Syphilitikern die Leucoplakie genuin in Folge besonderer Reize von Alkohol und Tabak und unter dem Einfluß von dyspeptischen Erscheinungen entstehen kann, ohne daß man genetisch die Syphilis beschuldigen könnte, eine wichtige Rolle zu spielen. Nur die Beeinflussung durch die Therapie kann über den Zusammenhang entscheiden.

2. Eine weitere Reihe von Fällen betrifft nun jene Leucoplakie, welche sich im Anschluß an eine kurz vorhergegangene syphilitische Affection der Zunge und der Mundhöhle entwickelt und welche auch durch die Beeinflussung durch eine antiluetische Therapie auf einen Zusammenhang mit der Syphilis hinweist; doch giebt es auch hier wieder Fälle, wo durch eine specifische Behandlung die Affection nicht gebessert wird, sondern im Gegenteil sich verschlimmert. Es sind dies diejenigen Fälle, welche namentlich bei Rauchern und Trinkern und Patienten, die der Mundhöhle nicht genügende Sorgfalt zu Teil werden lassen, an jenen Stellen sich entwickeln, welche kurz vorher der Sitz von Epitheltrübungen und Plaques muqueuses waren. Diese können nun entweder durch die Behandlung geschwunden sein und wieder vollkommen normalen Verhältnissen Platz gemacht haben, worauf sich dann nach kurzer Zeit, manchmal rascher, manchmal langsamer, die Erscheinungen der Leucoplakie einstellen mit allen Consequenzen, event. auch Metaplasie in Carcinom. Oder aber die leucoplakischen Stellen bilden sich direct auf den Papeln in Form einer Epithelhyperplasie und halten sich im Anfang streng an die Grenzen der Papel, können dieselben aber später überschreiten und mit einander confluiren.

3. Endlich giebt es noch eine Reihe von seltenen Fällen, wo die Leucoplakie nur eine begleitende Erscheinung tiefer syphilitischer Spätprocesse bildet, und wo die Erscheinungen eines diffusen oder circumscripten Zungensyphiloms von leucoplakischen Bildungen auf der Oberfläche der Zunge begleitet werden, welche dann manchmal unabhängig von dem Verlauf der luetischen Affection ihren weiteren Fortgang nehmen.

Therapeutisch kommt in Betracht, abgesehen von der in entsprechenden

Fällen nötigen specifischen Allgemein- und Localbehandlung, in erster Reihe die Hygiene der Mundhöhle; ferner Verbot resp. Einschränkung des Rauchens und der Alcoholica, sowie stark gewürzter und zu heißer und zu kalter Speisen; Diätotherapie; Localbehandlung mit verschiedenen Mitteln, wie Milchsäure, Perubalsam, Borglycerin, Salicylglycerin, Resorcinzinkpaste u. A.

E. Samter.

Ritter: **Beitrag zur Diagnose und Therapie syphilitischer Affectionen der Mundhöhle und der Kieferknochen.** (Vortrag, gehalten auf der deutschen Naturforscherversammlung zu München. Wiener zahnärztliche Monatsschrift 1899.)

Alle drei Stadien der Syphilis, das primäre, das secundäre und das sog. tertiäre, haben enge Beziehungen zur Mundhöhle; ihre Erscheinungen bieten oft diagnostische Schwierigkeiten und die Therapie leidet nicht selten unter einer falschen oder nicht rechtzeitig gestellten Diagnose und dem Mangel rechtzeitiger, sachgemäßer Verordnungen und Eingriffe. Die feine Schleimhaut der Mundhöhle läßt es auch sehr erklärlich erscheinen, daß gerade dieses Organ ein Lieblingssitz für den Syphilispilz ist, das Gift tritt in die Blutbahn ein durch eine vor der Infection vorhandene oder im Moment derselben entstehende Verletzung des Epithels. Naturgemäß ist daher entzündetes, aufgewulstetes Zahnfleisch für die Acquisition der Lues unter Umständen besonders prädisponirend. Es ist auffallend, daß bei den meisten Veröffentlichungen über syphilitische Erscheinungen in der Mundhöhle eine Beschreibung der bestehenden Zahnverhältnisse fehlt, obgleich es doch von großem Interesse wäre, wenn man bei vorhandener Schwellung der benachbarten Drüsen und besonders bei den Primäraffecten in der Mundhöhle stets auch diesen Zusammenhang beurteilen könnte.

Für die Unterscheidung eines Ulcus durum der Mundhöhle giebt Verf. folgende Merkmale: Das Ulcus durum, hart anzufühlen, geht selten vom Zahnfleisch aus, mehr vom Gaumen und den Lippen, hat scharfen, runden, nicht gefranzten, steil nach unten absteigenden Rand, ist meist sehr schmerzhaft, während die tuberculösen und auch scrophulösen Schleimhautulcerationen mehr ausgefressene und oft sinuöse Ränder darbieten. Wenn das gummöse Infiltrat der syphilitischen Geschwüre zerfällt, so ist eine runde, meist gut granulirende Wunde zu erkennen. Anders verhalten sich die tuberculösen Geschwüre. In ihrer Umgebung zeigen sich meist in die Schleimhaut eingesprengte, grau-gelbliche Knötchen. Ferner sind gewöhnlich, wie bei den scrophulösen Schleimhautulcerationen, anderweitige Krankheitserscheinungen nachzuweisen, Lungentuberculose resp. deutliche Schwellung und Vereiterung von Lymphdrüsen.

In Bezug auf die Therapie sagt Verf., daß dieselbe nach Feststellung einer primären syphilitischen Affection einem Arzt zu überlassen ist; andererseits glaubt er, gerade in diesen Fällen einen Beweis dafür zu sehen, daß der Zahnarzt eigentlich Vollmediciner sein müßte. Vor Beginn einer specifischen Kur ist es heut zu Tage allgemein anerkannte Notwendigkeit geworden,

die Mundhöhle durch einen Zahnarzt untersuchen resp. in Ordnung bringen zu lassen. Aus den hierbei in Betracht kommenden Manipulationen hebt Verf. folgende Punkte hervor: Peinlichste Vorsicht mit Instrumenten und sonstigen Utensilien, Entfernung des Zahnsteines, möglichste Beseitigung vorhandener Wurzelreste, mindestens Abschleifung derselben, Ausfüllung hohler Zähne, sodann geordnete Zahnpflege. Die Anfertigung künstlicher Zähne auf Wurzeln ist zu vermeiden. Mit Beginn der Kur empfiehlt es sich, bei der geringsten Entzündung des Zahnfleisches 2—3mal die Woche mit reiner Jodtinctur das Zahnfleisch zu pinseln. Außerdem hat Verf. in den letzten Jahren regelmäßig Massage des Zahnfleisches und an Stelle des Zahnpulvers entweder die Beiersdorf'sche Kali chloricum-Paste oder eine solche nach eigenem Recept verordnet. Als Mundspülwasser nachher, wenn nicht gerade eine wirkliche Stomatitis vorhanden ist, genügt eines der üblichen adstringirenden Mundwässer, am einfachsten der Zusatz von Myrrhentinctur zum Wasser Etwas intensiver ist die Therapie bei Stomatitis mercurialis, welche aber bis auf die Fälle, in denen eine Idiosyncrasie vorliegt, bei zahnärztlicher Aufsicht meist vermieden werden kann. Dieser Zusammenhang beweist zum Teil die Notwendigkeit zahnärztlicher Ueberwachung der Patienten in Krankenhäusern, weil die Stomatitis mercurialis bei nicht genügender Mundbehandlung arge Zerstörungen in der Mundhöhle und Verzögerung der Heilung des Grundleidens verursachen kann. Außer häufigeren örtlichen Pinselungen hat Verf. immer noch den besten Erfolg mit anfänglichen Spülungen von Kali chloricum gesehen, die dann nach einigen Tagen durch Liquor Alumin. acet. (10 : 100, 1 Eßlöffel auf ein Glas Wasser) ersetzt werden können. In hartnäckigen Fällen hat Verf. mit Erfolg innerlich Kali chloricum angewandt. Das Aussetzen der specifischen Kur ist erste Bedingung. Zu den Folgekrankheiten bei oder nach Mercurialkuren gehören außer Lockersein der Zähne Necrosen der Alveolarfortsätze und Ankylosen der Kieferreihen, bei denen sich häufig genug diagnostische Zweifel ergeben, besonders wenn der Proceß sich nach einer Zahnextraction entwickelt. Bei einer Necrose des Alveolarfortsatzes ist energische Anwendung des scharfen Löffels und rechtzeitige Entfernung der Sequester zur Vermeidung des Verlustes mehrerer Zähne notwendig. Im constitutionellen Stadium bieten die Lippen, die Mundwinkel und Ränder der Zunge den Lieblingssitz für die syphilitischen Schleimhautpapeln (Plaques opalines), nächstdem findet man sie häufig auf der Schleimhaut der Wangen, des Zahnfleisches, des harten und weichen Gaumens. Hierher gehört auch die Erkrankung der Schleimhaut an der Uebergangsstelle zwischen Ober- und Unterkiefer hinter den letzten Mahlzähnen des Unterkiefers. Mit großen Schmerzen ist der Proceß verknüpft, wenn bei jugendlichen Syphilitikern etwa gerade der Durchbruch der Weisheitszähne stattfindet, der an und für sich häufig Auflockerung des Gewebes und Entzündungen verursacht.

Sehr naheliegend ist bei der Diagnose der syphilitischen Schleimhautplaques die Verwechselung mit Aphthen und Herpes, doch sind diese Affectionen gleich beim Beginn schmerzhaft, während die syphilitischen Plaques,

welche so häufig die alleinigen Zeichen eines Luesrecidivs sind, erst nach längerem Bestand schmerzen. Dies ist ein wichtiges Moment für die richtige Beurteilung, denn handelt es sich um Aphthen oder Herpes, so kommt der Kranke gewöhnlich mit der directen Klage über Unbehagen im Munde zum Arzt oder Zahnarzt und bezeichnet die betreffenden Stellen ziemlich genau, während die specifischen Plaques sich seiner Beobachtung entziehen. Diese letzteren rechtfertigen ein Instandsetzen der schadhaften Zähne mit der peinlichsten Vorsicht vor Beginn einer Quecksilberkur. Aphthen und Herpes, sowie alle acuten Schleimhautaffectionen im Munde sind nach den Erfahrungen des Verfassers eine Contraindication für eine sofortige zahnärztliche Behandlung, weil sie bei Schonung und milder Behandlung schneller heilen. Bis auf wenige Fälle ist die Differentialdiagnose der im Munde vorkommenden Schleimhautveränderungen nicht leicht; besonders disponirt für alle Arten derselben sind Leute, die einmal Lues überstanden und Quecksilber gebraucht haben. Begünstigend treten dann mangelhafte Zahn- und Mundpflege und Rauchen hinzu. Bei allen diesen Leiden kann der Zahnarzt in doppelter Hinsicht wirken; einmal prophylactisch und heilend, dann aber auch das Leiden rechtzeitig erkennend, z. B. bei Gelegenheit von Zahnfüllungen.

Von den tertiären Syphilisformen, welche der Zahnarzt zu sehen Gelegenheit hat, sind außer den direct zur zahnärztlichen Mitbehandlung gelangenden, durch Syphilis erworbenen Gaumendefecten in erster Linie die Gummata zu nennen, auf deren Zerfall und weiteren Verlauf eine vernachlässigte Zahnpflege großen Einfluß hat; sie finden sich ziemlich häufig an den Rändern, am Rücken und Grund der Zunge und sitzen in oder unter der Schleimhaut, über deren Niveau sie meist nicht hinausragen. Aus diesem Umstande sind sie im Anfange nicht leicht zu diagnosticiren, zumal wenn sie, wie so häufig, als einzige Aeusserungen veralteter Syphilis auftreten, während bei späterem Zerfall die Diagnose leicht ist. Im Anfangsstadium kommen die Patienten häufig auch direct zum Zahnarzte und klagen über eine gewisse Schwere in der Zungenmusculatur, besonders wenn das Gumma in dem hinteren Teil der Zunge liegt. Die sicherste Diagnose lassen die Gummata des harten Gaumens und die aus ihnen hervorgegangenen Geschwüre zu, die nur noch bei Phosphornecrose, perforirtem Empyem der Kieferhöhle, malignen Neubildungen oder Lupus vorkommen; doch tragen letztere mehr den Character von Neubildungen.

Eitrige Ostitis und Periostitis syphilitica befallen die Kiefer selten und dann meist im Zusammenhang mit anderen schweren Erscheinungen. Es ist aber erwiesen und von den meisten Syphilidologen hervorgehoben worden, daß gerade diejenigen Knochen am häufigsten syphilitisch erkranken, welche am oberflächlichsten gelegen und daher äußeren Schädlichkeiten am meisten ausgesetzt sind. Der Verlauf richtet sich nach der Heftigkeit der Erkrankung, je nachdem das Periost, die Knochensubstanz oder das Knochenmark beteiligt sind. In den meisten Fällen jedoch sieht man syphilitische Erkrankungen des Periostes, während Tuberculose hauptsächlich das Mark angreift. Die Mittellinie des harten Gaumens bildet ziemlich häufig den

Lieblingssitz für gummöse Infiltrationen und Periostitiden und erheischt dann innere und operative Behandlung zur Vermeidung größerer Zerstörung des harten Gaumens. Solche Processe schließen sich mitunter an die Extraction eines Vorder- oder Seitenzahnes an, wenn vorher eine chronische Periostitis längere Zeit bestanden hat. Ankylosen der Kieferreihen, welche auch nach Mercurialkuren vorkommen, treten nicht selten, teils im Zusammenhang mit Zahnschmerzen, teils als selbstständige Erscheinungen des Spätstadiums früherer Syphilis, auf. Oertliche Behandlung mit Jodtinctur, Einreibungen mit Jodkalisalbe, zugleich mit dem innerlichen Gebrauch von Jodkalium oder Jodnatrium, führen meist schnell zum Ziel. Bei einem derartigen Zusammenhang sind Zahnextractionen nur mit ganz besonderer Vorsicht auszuführen und die Wunden sorgfältig nachzubehandeln. Verf. hat verschiedene Fälle behandelt, in denen nach übereilten Zahnextractionen recht unangenehme Complicationen eingetreten waren, die durch die obige Behandlung, besonders durch die innerliche Anwendung von Jodkali, hätten vermieden werden können. Schließlich hebt Verf. hervor, daß man bei Behandlung langwieriger Erkrankungen der Oberkieferhöhlen, sowie bei nicht genügend motivirten Oberkieferanschwellungen unbedingt einem möglichen Zusammenhang mit Syphilis Rechnung tragen muß. Lubowski.

Pospelow: **Affectionen der inneren Organe bei secundärer Syphilis.** (Wojenno-medicinski Jurnal 1899, Heft 9. Ref. nach Petersburger med. Wochenschrift 1899, No. 49.)

Die Beobachtungen des Verfassers und anderer Autoren beweisen, daß bei secundärer Lues gleichzeitig mit der Haut und den Schleimhäuten auch die inneren Organe (Leber, Pleura, Nieren, Gehirn) afficirt sein können. Verf. giebt ausführliche Krankengeschichten von acht Syphilitikern mit primären und secundären Erscheinungen, bei denen er eine Lebervergrößerung constatirt hat. Daß die Leberaffection durch die Lues und nicht durch andere Krankheiten verursacht war, beweist der Umstand, daß die Affection gleichzeitig mit Recidiven an Haut und Schleimhäuten beobachtet wurde, mit denen zusammen sie nach specifischer Behandlung verschwunden ist.

Lubowski.

Dr. Sobolewski: **Zur Bekämpfung der Syphilis im Militär.** (Wojenno medicinski Journal 1899, Heft 7. Ref. nach Petersburger med. Wochenschr. 1899, No. 49.)

Außer den allgemeinen Bedingungen der Verminderung der Syphilis in der ganzen Bevölkerung und Beaufsichtigung der Prostitution empfiehlt Verf. einige Maßnahmen zur Bekämpfung der Syphilis, die teils von allgemeinem, teils allerdings nur von localem Interesse sind. Alle Syphilitiker müssen möglichst nach der Methode der aufeinander folgenden Curse behandelt werden. Die Wahl der Art der Einführung der Quecksilberpräparate in den Organismus soll dem behandelnden Arzte überlassen werden. Die interne Darreichung des Quecksilbers ist ihrer Einfachheit und Zweckmäßig-.

keit wegen besonders zu empfehlen. Ferner müssen die Principien der geschlechtlichen Enthaltung in passender Weise möglichst verbreitet werden desgleichen die Principien der Alkoholabstinenz. Lubowski.

Dr. Leo Kohan (Kischinew): **Beitrag zur Therapie der Syphilis mittelst des Jodquecksilberhämol.** (Deutsche Praxis 1899, No. 16, 17 u. 18, S.-A.)

Verf. hat das Jodquecksilberhämol bis jetzt 20 Syphiliskranken auf der syphilitischen Abteilung des Kischinewer Semski-Gouvernement-Spital verabreicht. Er verabreichte das Präparat in Pillenform, 0,1 in jeder Pille, wobei er immer mit vier Pillen täglich anfing und je nach der Toleranz rasch bis zu 9—12 Pillen pro die stieg. Die Pillen wurden mit Pulvis et Succus Liquiritae geformt, ohne den von Rille vorgeschriebenen Zusatz von Opium, damit die Nebenerscheinungen von Seiten des Digestionstractes ungestört beobachtet werden konnten. Sämtliche Patienten bekamen während der ganzen Behandlungszeit ein Mundwasser aus Kali chloric. und außerdem wurde jedem täglich das Zahnfleisch mit Tinct. Jodi gepinselt. Von Zeit zu Zeit wurde der Harn der Patienten gesammelt und nach der von Stukowenkow[4]) angegebenen Methode untersucht. Im Harn sämtlicher

[4]) Der vor Kurzem verstorbene bekannte russische Syphilidologe Stukowenkow hat seine einfache und sehr handliche Methode der Quecksilberbestimmung im Harn im Jahre 1894 veröffentlicht, zu einer Zeit also, in der diese Monatsberichte noch nicht erschienen. Da diese letzteren bestimmt sind, ein encyclopädisches Nachschlagewerk für sämtliche Fragen auf dem Gebiete des betreffenden Specialfaches zu sein, glauben wir, die sich jetzt bietende Gelegenheit benutzen zu müssen, um die Stukowenkow'sche Methode, die an Verbreitung immer mehr und mehr gewinnt, in die Monatsberichte nachträglich aufzunehmen. Die Methode ist folgende: 500 ccm Harn werden in ein Glas gebracht. Man prüft die Reaction des Harns, und wenn letztere alkalisch ist, so wird mittelst Essigsäure bis zur deutlichen sauren Reaction angesäuert. Alsdann wird der Harn mit 5 ccm reinem, durch Filtriren von seinen Membranen befreiten Hühnereiweiß versetzt. Mit einem Glasstab wird das Eiweiß im Harn gut durchgerührt und eine Viertelstunde stehen gelassen. Dann wird der Harn mit etwa 1,0 Kochsalz versetzt und im Wasserbade bis zur vollkommenen Coagulation und Absetzen des Eiweißes gekocht. Nach der Coagulation des Eiweißes läßt man den Harn abkühlen und filtrirt das Eiweiß durch schwedisches Filtrirpapier ab. Ist die Coagulation vollständig, so enthält das Filtrat nach der Abscheidung des Eiweißes keine Spur von Hg, welches ganz im Eiweiß eingeschlossen ist. Das abfiltrirte Eiweiß wird mit Hilfe eines Glasstabes in ein Glasgefäß von 50—60 ccm Inhalt gesammelt und mit 30 ccm chemisch reiner Salzsäure, specifisches Gewicht 1,19, übergossen und mit einem Glasstabe tüchtig durchgemischt. Darin wird ein meterlanges, zusammengerolltes Stück Lametta hineingelegt. Das Gefäß wird mit einer Glasplatte überdeckt und 24 Stunden

mit Jodquecksilberhämol behandelten Patienten wurde in der That Quecksilber gefunden, und zwar schon nach Verabreichung von nur 20 Pillen. Die Ausscheidung desselben durch den Harn stieg immer mehr, je mehr Pillen verabreicht wurden. Das Maximum der Ausscheidung trat nach Verabfolgung von ca. 150 Pillen ein. Es betrug 1—2 mg in 500 ccm Harn. Was den klinischen Erfolg der Behandlung mit Jodquecksilberhämol anbelangt, so war derselbe in den Fällen von secundärer Syphilis ein ausgezeichneter. Bei allen Patienten sind sämtliche Haut- und Schleimhautsyphilide, selbst die schwersten, wie die großen confluirenden, nässenden Papeln, die zahlreichen großen Ecthymae syphiliticae, die Rupiaexantheme in verhältnismäßig kurzer Zeit spurlos verschwunden. Nicht so prompt war die Wirkung des Präparats auf die Initialsclerosen. Die Ulcera dura heilten zwar in allen Fällen ohne locale Therapie und sämtliche Phimosen, mit Ausnahme einer, wo eine Incision gemacht werden mußte, gingen schließlich zurück, nur dauerte dieses verhältnismäßig lange Zeit, und es wurden schließlich einige Patienten noch mit einer geringen Verhärtung an Stelle des Ulcus aus dem Spital entlassen. In drei Fällen von gummösem Syphilid war die günstige Wirkung des J Hg-Hämols noch auffallender, als bei der

---

bei gewöhnlicher Zimmertemperatur stehen gelassen, wobei es gut ist, nach Möglichkeit während der Zeit mit dem Glasstabe mehrere Male durchzumischen. Während dieser 24 Stunden wird das Eiweiß durch die Salzsäure in Acidalbumin übergeführt und gelöst. Dabei geht auch das Hg mit in Lösung, aus welcher es sich auf der Lametta niederschlägt. Die herausgenommene Lametta wird mit warmem Wasser, Alkohol und Aether ausgewaschen, getrocknet und sodann mit einem kleinen Jodkrystall in einer schmalen Eprouvette erwärmt. Es entsteht ein characteristischer, roter Ring von Hg. bijodatum rubrum. Es werden immer Eprouvetten von derselben Größe genommen, so daß der gebildete Ring von HgJ_2 immer denselben Durchmesser, aber verschiedene Breite hat, welche von der Menge des vorhandenen Hg abhängt. Zur quantitativen Bestimmung des Hg hat Stukowenkow eine Skala verfertigt, welche eine Reihe von roten Ringen darstellt, entsprechend der Menge des HgJ_2 von $^1/_{50}$ mg bis 2 mg in 500 ccm Harn. Diese Skala verfertigte sich Stukowenkow in folgender Weise: In 30 ccm ClH vom spec. Gewicht 1,19, welche zur Analyse verwendet wird, wird eine bestimmte Gewichtsmenge Hg in Form einer Sublimatlösung hinzugesetzt, dazu ein Stück Lametta von stets derselben Größe, und zwar ein meterlanges Stück, beigelegt. Nach 24stündigem Stehen wird die Lametta herausgenommen, nach der oben beschriebenen Weise bearbeitet, um einen Ring von HgJ_2 zu bekommen. Nachdem man mehrere Ringe von derselben Größe von einigen Analysen mit immer demselben Hg-Zusatz bekommen hat, wird ein genaues Farbenbild des Ringes auf die Skala aufgetragen mit einer genauen Bezeichnung derjenigen Hg-Menge, von welcher der Ring erhalten wurde. Dann wird eine andere Hg-Menge genommen, ein anderer Ring gebildet und auf der Skala verzeichnet u. s. w.

secundären Form, indem die ulcerirten Gummata rasch und ohne bedeutende Narben zurückzulassen zum Verschwinden gebracht wurden. Von Nebenwirkungen ist das Präparat, wie alle Quecksilberpräparate, nicht frei. Jedoch sind dieselben so gering, daß man dasselbe lange Zeit hindurch ohne Unterbrechung verabreichen kann. Von 20 mit Jodquecksilberhämol behandelten Kranken blieben sieben von irgend welchen Nebenwirkungen des Hg, selbst den geringsten, vollständig frei. Bei neun Patienten sind während der Behandlung geringe Verdauungsstörungen aufgetreten. Einige klagten über ein Gefühl von Druck im Hypogastrium und einige diarrhoische Entleerungen in den ersten Tagen der Behandlung, welche Erscheinungen aber bald verschwanden, ohne daß die Verabreichung des Mittels auch nur für einen Tag hätte unterbrochen werden müssen. Einige bekamen auch im späteren Verlauf der Behandlung Diarrhoe, die durch Tinct. opii simplex, 10 Tropfen pro die, sich besserte, und bei wenigen nur mußte die Verabreichung der Pillen für zwei bis drei Tage ausgesetzt werden. Aber bei keinem der Patienten kam es zu heftigen Erscheinungen von Seiten des Verdauungstractes und in keinem der Fälle kam es zu blutigen Stühlen und den Symptomen der mercuriellen Dysenterie, wie man es beim Gebrauch anderer Mercurpräparate manchmal beobachtet. Auch von Seiten der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches war die Nebenwirkung des Hg auffallend gering. Bei mehreren Patienten kam es während der Behandlung zur Schwellung der Zahnfleischpyramiden mit geringen Schmerzen im Zahnfleisch. Aber in keinem einzigen Fall kam es zu einer bedeutenden Auflockerung der Gingiva oder gar zu eitrigem, übelriechenden Belag an derselben, wie man es beim Gebrauch anderer Hg-Präparate, besonders bei der Inunctionskur und selbst bei subcutanen Injectionen so häufig beobachtet.

Lohnstein.

C. Ga, dit Gentil: **Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de calomel au point de vue de leur action sur les leucocytes.** (Thèse de Lyon, décembre 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 11.)

Verf. hat seine Blutuntersuchungen an sechs Fällen angestellt. Bei der Syphilis nehmen die Lymphocyten zu, die Poikilocyten ab, und die großen mononucleären Zellen bleiben constant. Zuführung von Quecksilber hat besonders in der Form von Calomelinjectionen bei gesunden Menschen und Tieren dieselbe Wirkung, während es bei Syphilitikern die Lymphocyten vermindert und die polynucleären Zellen vermehrt. Dreyer (Köln).

Gaucher et J. Noel: **Intoxication mercurielle mortelle, consécutive à des injections de calomel.** (Société médicale des hôpitaux. Le progrès médical 1899, No. 47.)

Die Verf. beschreiben einen Fall von tötlicher Quecksilberintoxication nach Calomelinjectionen. Das Merkwürdige in diesem Fall ist das, daß der Patient die letzte Calomelinjection vier Monate vor dem Auftreten der

Intoxicationserscheinungen erhalten hatte Gaucher hält die Injectionen der unlöslichen Quecksilbersalze bei Syphilis, insbesondere die Injection von Calomel, für gefährlich, da die Resorption der unlöslichen Salze eine sehr unregelmäßige ist und manchmal eine plötzliche Resorption der aufgespeicherten Massen stattfindet, welche dann stets Intoxicationserscheinungen hervorruft. Er zieht deshalb die löslichen Quecksilberverbindungen vor, verkennt aber nicht die manchmal überraschende Heilwirkung der unlöslichen Hg-Verbindungen. Immerwahr (Berlin).

J. Coplin Stinson (San Francisco): **Cerebral and Meningeal Syphilis Treated by Intramuscular Injections of Insoluble Salts of Mercury. Some Points in Technique.** (The New York Medical Journal, 2. September 1899.)

Völlige Heilung erzielte Verf. in einem Fall von cerebraler Syphilis durch intramusculäre Injectionen von Quecksilbersalicylat und gleichzeitige interne Verabreichung von Jodkali. Hieran knüpft S. einige Bemerkungen über die Vorzüge und Technik dieser Behandlung, ohne Neues zu bringen. Blanck (Potsdam).

Piccardi: **Sull' assorbimento del mercurio attraverso la pelle.** (Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle 1898, pag. 364. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, 11.)

P. stellte hermetisch verschlossene Gläser, die Quecksilbersalbe, Calomelsalbe oder Calomeltraumaticin enthielten, in den auf 37° temperirten Brutschrank und fand, daß Quecksilberdämpfe entwichen. Dann umschloß er ein Glied mit einem hermetisch verschlossenen Kautschuksack mit gleichem Inhalt, und bei anderen isolirte er sogar noch Haut und Quecksilber durch Metall. Immer konnte er trotzdem Hg im Urin nachweisen. Er schließt, daß durch Hautatmung ein Teil des Quecksilbers aufgenommen wird. Die Absorption geschieht bei den Salben schneller als beim Traumaticin, das mehrmals eingepinselt werden mußte. Dreyer (Köln).

Du Castel: **Chancres simples du prépuce et du gland, ulcération chancriforme de la muqueuse buccale.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 11. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 9. novembre 1899.)

Zahlreiche weiche Schanker an Vorhaut und Eichel. Seit drei Wochen an der Innenseite der rechten Wange ein Geschwür mit unregelmäßigen, steil abfallenden Rändern, unregelmäßigem, granulirten Grund, der mit Eiter bedeckt ist. Die Umgebung des Geschwürs, das Fünfzigcentimesstück-Größe hat, ist ausgedehnt gerötet, etwas ödematös und nicht indurirt. Drüsenschwellungen fehlen, ebenso Caries der Zähne. Es ist bisher von dem Geschwür, das den Anblick eines weichen Schankers bietet, nicht abgeimpft worden. Dreyer (Köln).

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Prof. Edward Hill (Denver-Colorado): **Ein Fall von Priapismus geheilt durch grosse Salophendosen.** (Denver Medical Times, November 1899.)

Vorstehenden Fall entnehmen wir einer größeren Arbeit des Verfassers, in der er über 100 mit Salophen behandelte Fälle berichtet. Unter diesen Fällen befindet sich nun ein Fall von hochgradigem Priapismus, der sich im Verlauf einer Gonorrhoe einstellte und trotz Anwendung vieler Mittel nicht nachließ. Dafür ordnete Verf. eine Mischung von Salophen und Phenacetin in großen Dosen, und das Resultat war, daß die lästige Krankheitserscheinung in einigen Stunden schwand. Lubowski.

Albert Miller (New York): **The Evils of the Ritual Practice of Circumcision.** (Medical Record, 26. August 1899.)

Ohne den religiösen Anschauungen der Juden nahe treten zu wollen, eifert Verf. gegen die Ausübung der Beschneidung durch die sog. Mohelim, welche als Laien in Folge chirurgischer Unbildung und mangelhafter Kenntnis von Antisepsis schweres Unheil anrichten können und öfters angerichtet haben. Tötliche Hämorrhagien, Infection mit Syphilis und Tuberculose durch Aussaugen der Wunde gehören nicht zu den Seltenheiten. In Anerkennung der Vorzüge der Circumcision müssen Laien als „Mohelim“ abgeschafft werden. Blanck (Potsdam).

Danès: **Contribution à l'étude des gangrènes de la verge.** (Thèse de Toulouse, Januar 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 11.)

Verf. berichtet über einen subacuten Fall von Gangrän der Glans aus unbekannter Ursache. Die essentielle primäre Gangrän der Glans nach dem Typus von A. Fournier zeichnet sich durch einen foudroyanten Verlauf aus. Dreyer (Köln).

Merle: **Contribution à l'étude de l'induration du corps caverneux et des os du pénis.** (Thèse de Toulouse, Juli 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 11.)

Den in der Dissertation Delaborde's gesammelten 30 Fällen von Indurationen im Corpus cavernosum und Knochenbildung im Penis fügt Verf. 17 neue hinzu. Tripper, Traumen und Syphilis sind die Ursache der Affection, die zuweilen wahrscheinlich als atavistische Formation aufzufassen ist. Dreyer (Köln).

Contre le prurit génital. (Le progrès médical 1899, No. 49.)

Nachdem die Genitalien mit einer sehr warmen Sublimatlösung 1 : 1000 gewaschen worden sind, ist folgende Salbe anzuwenden:

Lanolin	30,0
Zinci oxydati	ãã 10,0
Bismuthi benzoici . .	
Menthol	0,5

Immerwahr (Berlin).

Otto Zuckerkandl: **Concretionen aus den unteren Harnwegen.** (Demonstration in der K. k. Ges. der Aerzte in Wien. Wiener med. Blätter 1899, No. 48.)

Diese Gebilde bestehen meist aus phosphorsaurem Kalk, wandern entweder aus der Blase ein, oder entstehen von vornherein in angeborenen oder erworbenen Divertikeln, oder in den physiologisch weiteren Anteilen der Harnröhre. Die echten in der Harnröhre entstandenen Steine sind sehr selten; alle diese Concremente verursachen Beschwerden beim Uriniren. Vortragender demonstrirte drei echte Harnröhrensteine, welche sämtlich in der Pars membranacea saßen; einer wurde durch den Perinealschnitt entfernt, die zwei anderen in die Blase zurückgestoßen, um durch Litholapaxie entfernt zu werden; ein Stein wurde aber, bevor eine solche ausgeführt werden konnte, spontan entleert. Ferner zeigte Z. drei Präputialsteine, welche bei einem 63jährigen Manne entfernt wurden, der an einer narbigen Verengerung der Präputialmündung litt. Nach Entfernung der Steine durch Incision der Vorhaut zeigte sich, daß die Glans durch Druck um die Hälfte verkleinert war. Einen Ureterstein entfernte Vortragender durch Eröffnung der Blase von der Vagina aus. Derselbe bestand aus zwei durch einen dünnen Hals verbundenen Knollen, ragte aus der Mündung eines Ureters in die Blase vor und verursachte nur bei leerer Blase hochgradige Beschwerden. Immerwahr (Berlin).

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. M. J. Muradow: **Eine neue Methode zur Untersuchung des Prostatasecrets bei chronischer Prostatitis.** (Medicina 1899. Ref. nach Petersb. med. Wochenschr. 1899, No. 49.)

Die vom Verf. ausgearbeitete Methode, welche wegen ihrer Einfachheit auch von Nichtspecialisten ausgeführt werden kann, besteht in Folgendem: Man läßt den Kranken in zwei, drei Portionen uriniren; wenn die zweite oder dritte Portion recht klar erscheint, läßt man den Kranken etwas Urin anhalten, legt ihn hin und massirt per rectum die Prostata. Wenn

eine catarrhalische Secretion der Prostata existirt, so wird das Secret beim Massiren in die Urethra herausgedrängt. Alsdann läßt man den Kranken den zurückgehaltenen Urin herauslassen in ein neues Glas und sieht, ob diese Portion im Vergleich zu den früheren trübe ist, was in jedem Falle vorkommen wird, falls ein chronischer Catarrh der Prostata existirt. Das Sediment kann natürlich zur näheren Untersuchung späterhin mikroskopisch untersucht werden, wobei im Fall einer Prostatitis man Eiterkörperchen, rote Blutkörperchen, Amyloidkörperchen u. dgl. finden würde. Die Diagnose einer chronischen Prostatitis ist schon mit allergrößter Wahrscheinlichkeit durch das Erscheinen der letzten, nach dem Massiren trübe gewordenen Harnportion möglich.[5]

Lubowski.

F. P. Guiard: **Behandlung der Prostataeiterungen mittels Troicartpunction durch die Rectalwand mit nachfolgenden antiseptischen Spülungen.** (Journal de médecine de Paris, XX. Jahrgang, No. 1.)

Bei der Behandlung der Prostataabscesse sind zwei Methoden des operativen Vorgehens in Gebrauch. Dieses ist einerseits die Incision des Abscesses vom Rectum aus, oder andererseits vom Perineum. Eine dritte Methode, die früher geübt wurde, die Eröffnung des Eitersackes von der Harnröhre aus, hat man mit Recht verlassen. Den beiden erstgenannten chirurgischen Eingriffen gesellt sich die Entleerung des Abscesses durch Troicartpunction mit nachfolgender Spülung hinzu. Die Incision durch die Rectalwand bietet den Vorteil der Einfachheit, da von dort aus der Eiterherd in seiner oberflächlichen Lage leicht zugänglich ist. Indes hat diese Methode auch ihre Schattenseiten, besonders die Unmöglichkeit antiseptischen Vorgehens, das Verf. für unerläßlich hält, das aber bei einer Wunde im Mastdarm, den der Kot zu passiren hat, unmöglich erscheint. Auch vor dem Eingriff ist demgemäß eine Desinfection des Operationsfeldes ausgeschlossen. Verf. hält seinerseits auch hier an der Antisepsis fest, obwohl er nicht in Abrede stellt, daß die Incisionswunde auch ohne dieselbe heilt. Er reinigt das Rectum mit Borsäure (etwas harmloses Antisepticum bei dem mikrobenreichen Operationsfeld) und führt nach Entleerung des Eiters, um dem Flatus Abzug zu lassen, einen mit Borgaze armirten Drain ein. Aller-

---

[5]) In Anbetracht der practischen Wichtigkeit des Themas war es uns erwünscht, den Artikel M.'s nach dem Original ausführlicher zu referiren. Leider ist die „Medicina“ in Berlin nicht aufzutreiben. Von einem schriftlichen Ersuchen des Verf.'s um Einsendung eines Separatabdruckes mußten wir absehen, da in dem uns zur Verfügung stehenden Verzeichnis der russischen Aerzte pro 1899 ein Arzt Namens Muradow nicht angeführt ist, während unter den sechs Aerzten mit dem Namen Muratow, wie wahrscheinlich auch der Verf. des betreffenden Artikels heißt, kein einziger die Vornamen M. J. führt. Anm. d. Ref.

dings hält Verf. den Kampf der Mikroben des Prostataeiters mit denen der Fäces nicht für so folgenreich für den Patienten, als die Gefahren, die schwere Blutungen aus Gefäßen der Darmwand bedingen können, die demnach durchaus zu vermeiden sind. Das geschieht am besten durch sorgfältige Palpation, da man fast stets die Pulsation der Arterien wahrnimmt und nach ihrer Lage den Schnitt richtet. Es kommen neben diesen Arterien der Rectumwand jedoch auch Gefäße in Betracht, die nicht zum Plexus haemorrhoidalis gehören, meist Venen sind und nicht selten ihren Sitz in der Prostata selbst haben. Es ist deshalb immerhin Vorsicht geboten. Besonderen Wert legt Verf. auf die präventive Gabe von Mitteln, um die späteren Schmerzen zu lindern und den Darm still zu stellen. Er verwendet hierzu folgende Suppositorien:

Rp. Morph. mur. . . . 0,008—0,01
Tct. thebaciae . . . 0,04 —0,05
Extract. Bellad. . . 0,02
Butyr. Cacao q. s. u. f. Supposit.

Guiard wendet sich dann der speciellen Technik der Incision vom Rectum aus zu, die er unter Controle des Auges gemacht wissen will, da er die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen hält, im Fall einer Blutung sofort eine Ligatur anzulegen. Um allen diesen Anforderungen genügen zu können, wählt Verf. zur Eröffnung der Prostataabscesse die Chloroformnarcose, da er so den Patienten in die geeignete Lage bringen kann und in zwei Fällen eintretende stärkere Blutungen schnell beherrschte, da er mittelst Sims'schen Speculums das Operationsfeld gut übersehen konnte. Die Gefahren, die den Patienten von der Sepsis und event. der Blutung drohen, haben Chirurgen, wie Segond, durch die Incision vom Damm aus zu umgehen gesucht. Hier ist eine relative Antisepsis zu ermöglichen, da Alles unter genauer Controle des Auges vorgeht, ein Umstand, der auch eine event. Blutung leichter unterdrücken läßt. Indes stellt diese Operation einen größeren Eingriff dar, den Verf. nur da empfiehlt, wo es sich um einen tiefsitzenden Absceß handelt, der von der Mastdarmwand sehr weit ab liegt. Jede Infection aber und auch jede Blutung glaubt Verf. zu vermeiden bei der Troicartpunction des Prostataabscesses durch die Mastdarmwand mit nachfolgenden Spülungen mit Liquor van Swieten. Der Patient wird chloroformirt, das Gesäß hochgelagert und ein Sims'sches Speculum angewendet, dessen Branchen sich seitlich öffnen, um die vordere Mastdarmwand gut sichtbar zu machen. Verf. läßt dann die Beobachtungen eines so operirten Falles folgen, dem er eine nach gleicher Methode beseitigte Mastitis anschließt. Er kommt schließlich zu der Ansicht, alle oberflächlichen oder auch tieferen Eiterungen möglichst mit der Troicartpunction und nachfolgenden Spülung zu behandeln, da dieses Verfahren einfacher und gefahrloser ist, da ferner diese Wunden erheblich schneller heilen und keine entstellenden Narben hinterlassen. Merzbach.

Ramon Guitéras (New-York): **A Report of twelve Cases of Prostatic Hypertrophy Benefited by the Bottini Operation, with a few Comments and Suggestions.** (Medical Record, 29. Juli 1899.)

Das günstige Urteil, welches Verf. über die Bottini'sche Operation in einem früheren Aufsatz im New York Medical Journal (s. Referat) abgegeben hat, wird durch die Wiedergabe von 12 Fällen begründet, die G. mit gutem Erfolge auf diese Weise behandelt hat. Die Ausführungen schließen sich im Uebrigen eng an die oben erwähnten an. Von neuen Angaben sei erwähnt, daß eine der Operation unmittelbar voraufgehende Cystoskopie nicht für zweckmäßig erachtet wird. Bei großer Schmerzhaftigkeit wird der Kranke mit Lachgas narcotisirt. Die Schnitte nach vorn und hinten erwiesen sich als die vorteilhaftesten; ihre Länge betrug 3—4 cm. Mit der Einführung eines Katheters wird, wenn keine völlige Urinretention vorliegt, bis nach Abstoßung der Schorfe gewartet. „Von allen operativen, gegen die Prostatahypertrophie gerichteten Maßnahmen ist die vorliegende für den Patienten die am wenigsten gefährliche und giebt die besten Resultate."

Blanck (Potsdam).

Oberländer: **Ueber Prostataverletzung durch Unfall.** (Centralblatt f. Harn- u. Sexualorgane 1900, Heft 1.)

O. beschreibt auf's Ausführlichste vier Fälle von Prostataverletzung, die dadurch zu Stande kamen, daß der Betreffende mit großer Vehemenz rücklings (nicht „rittlings") auf das ganze Gesäß niedergeschleudert wurde. Die Behandlung war eine außerordentlich langwierige. Nur in einem Falle trat Heilung resp. Besserung und Arbeitsfähigkeit ein. Das Bild verläuft unter dem einer gewöhnlichen Prostatitis. Einmal wurde mit vorübergehender Besserung einseitige Castration ausgeführt. Alle bereits früher durch irgend einen Vorgang erkrankten Prostaten sind besonders disponirt.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Vertun: **Wesen und Bedeutung der Florence'schen Reaction.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorgane 1900, Heft 1.)

Die Florence'sche Reaction ist keine einheitliche (Posner), sondern eine Gruppenreaction und umfaßt folgende Gruppen:

1. Cholingruppe (Cholin, Muscarin, Neurin);
2. Schreiner'sche Base, Sperminum Poehl;
3. Nucleinderivate bezw. Alloxurbasen (Adenin, Xanthin, Hypoxanthin, Guanin, Carnin).

Alle diese Körper haben das Gemeinsame, daß sie sämtlich organische Basen resp. organische Körper mit basischen Eigenschaften sind.

Der negative Ausfall der Reaction hat niemals irgend welche practische Bedeutung.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

M. Coudray: **Tuberculose des Hodens.** (La France médicale, August 1899, Heft 31.)

Verf. knüpft an eine frühere Mitteilung Guépin's an, der sich gegen die Castration bei Hodentuberculose ausspricht und im Verfasser, in Jullien und Dubuc Verteidiger desselben Behandlungsprincips findet. Polaillon hatte für Chlorzinkinjectionen bei Hodentuberculose plaidirt, ohne weitere Angaben allerdings, wann diese Behandlung anzuwenden ist. Coudray beschränkt diese Injectionen auf die Fälle, wo sich tuberculöse Herde finden, die die Tendenz des Wachsthums zeigen und vornehmlich ihren Sitz im Nebenhoden haben. Solche Fälle hat Verf. dauernd mit dieser Behandlung geheilt.

Was die Frage der Castration bei vereiterten Fällen angeht, so lautete vor 15 Jahren die Antwort allgemein: Entfernung des Hodens, eine Praxis, der sich allerdings schon damals Verneuil feindlich entgegenstellte. Seitdem ist man conservativer bei der Hodentuberculose vorgegangen, und selbst bei multiplen Abscessen hält Verf. die Castration nicht für unumgänglich notwendig, da eine Zerstörung der einzelnen Herde durch den Thermocauter auch gute Resultate liefert und auf der anderen Seite die Castration immer ein unvollkommener Eingriff ist in den Fällen, wo Thermocauter und hygienisch-diätetische Maßnahmen ausreichen, und ferner in den Fällen, wo mehr oder minder augenfällige Läsionen an den Samenbläschen und an der Prostata bleiben und wo auch meist bei Castration des einen tuberculösen Hoden sich eine Erkrankung des anderen an Tuberculose einstellt. Verf. hat diese Beobachtung viermal gemacht, wo die Affection den anderen Hoden im Laufe von 6—18 Monaten nach der Operation ergriff. Merzbach.

Kapsammer: **Ein gänseeigrosser Stein im Vaginalsacke beim Manne.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorgane 1900, No. 1.)

Der veröffentlichte Fall scheint bisher in der Litteratur einzig dazustehen. Die Beschwerden des 30jährigen Patienten bestehen von der Geburt an; denn bis zum 12. Lebensjahre bestand Bettnässen. Im Alter von 8 Jahren trat im Anschluß an forcirtes, plötzliches Harnunterbrechen Blutharnen ein. Mit 9 Jahren machte er ein Trauma mit nachfolgender Entzündung des rechten Hodens durch und wurde deshalb rechtsseitig castrirt. Der Urin soll stets trübe gewesen sein und mußte stets öfter gelassen werden. Dazu kamen dann später öfter auftretende Hämaturien mit Schmerzen. Oftmals gingen beim Harnen Eiterfetzen ab. Auch war der Urin wiederholt sehr übelriechend. Gonorrhoe geleugnet. Patient tritt im Mai 1895 zum ersten Male in die Nitze'sche Poliklinik in Behandlung. Erste Urinportion klar, zweite dagegen trübe und die dritte kaffeesatzartig. Keine Beschwerden bei Miction und Defäcation. Cystoskopische Untersuchung ergiebt sozusagen normale Verhältnisse. Nachdem Patient, der mit Spülungen behandelt war, sich Jahre lang der Behandlung entzogen, erfolgt durch Nitze im März 1898 Operation. Prostatatumor wird durch bogenförmigen Perinealschnitt frei-

gelegt und ein über gänseeigroßer Stein extrahirt. Im November 1899 erneute Operation, welche einen zwischen Rectum und Blase gelegenen, ganz der Vagina ähnlichen Sack zu Tage fördert. Die oberste Kuppe desselben bleibt wegen Gefahr der Ureterenverletzung zurück. Zur Zeit noch kleine Fistel. Der Stein wiegt jetzt, nachdem er ganz trocken geworden, 162 g. Die histologische Untersuchung (Prof. O. Israel) des Sackes ergiebt die Beschaffenheit der äußeren Haut. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

VII. Blase.

R. P. van Colear: **De aetiologie der infectieuse cystitis.** (Weekblad van het Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde, 16. December 1899.)

Verf. hat 12 Cystitisurine untersucht und fand in allen Fällen Bacterium coli commune. In zwei Fällen, in denen gleichzeitig der Urobacillus liquefaciens septicus vorhanden war, wurde Bacterium coli commune spärlicher angetroffen. Mikroskopisch sind übrigens beide Bacterienarten kaum zu unterscheiden, wenn auch der ungeheure Polymorphismus des Bacterium coli beim Urobacillus liquefaciens nicht in gleichem Maße vorkommt. Den Kokken ähnliche Formen findet man bei letzteren Bacillen gar nicht oder wenig. Die beiden Urine mit Urobacillus liquefaciens hatten einen stark sauren Geruch und ebenso die Gelatineplatten. Das Bacterium coli commune war 7 mal in Reincultur vorhanden, 2 mal mit Staphylococcus pyogenes albus combinirt und 1 mal mit letzterem und Streptokokken. Verf. ist der Anschauung, daß Bacterium coli commune im cystitischen Harn überhaupt nie fehlt und durch starke Verdünnungen bei den Culturen sich auch stets nachweisen läßt. In zwei Fällen, in denen Bacterium coli im Harn anwesend war, ließ es sich fünf Stunden nach der letzten Miction in der Harnröhre nicht mehr nachweisen. In einem gleichen Fall wurde es in der Harnröhre gefunden, aber in geringer Zahl, und in einem vierten Fall, der mit dem Bacterium coli gleichzeitig den Urobacillus liquefaciens aufwies, war die Anzahl beider Bacterien in der gleichen Zeit nach der letzten Miction ebenfalls sehr vermindert. Daraus folgt, daß in der Harnröhre eine Verminderung der Bacterien mit der Zeit stattfindet. Um die Harnröhre zu untersuchen, wurde das Orificium externum mit Sublimat (1 : 2000) gewaschen und darauf mit sterilem Wasser abgerieben. Die Untersuchung fand vier Stunden nach dem Urinlassen und sofort nach dem darauffolgenden Uriniren statt. Sie lehrte, daß eine Anzahl der untersuchten Harnröhren in ihrer ganzen Länge steril waren; in $2^1/_2$—3 cm Abstand vom Orificium externum wurden alle Harnröhren bis auf eine steril befunden. In denjenigen Fällen, in denen Retention ohne Infection der Blase bestand, wichen die Mikrobenverhältnisse

der Harnröhre nicht ab von anderen Fällen, weder in Bezug auf den Ansiedelungsort der Mikroben in der Harnröhre, noch in Bezug auf die Art derselben. Die Bacterienflora ist bei der Cystitis auch eine ganz andere, als die der kranken oder gesunden Urethra. Verf. glaubt deshalb nicht an die Infection der Blase bei Retention durch das Eindringen von Mikroben aus der Harnröhre. Er hält diese Gefahr für um so geringer, als die Harnröhre nach seiner Ansicht vollkommen steril gemacht werden kann. (Man sieht, daß hier dieselben Anschauungen auftauchen, wie sie jetzt in der Chirurgie im Allgemeinen geltend gemacht werden, daß nämlich neben der Sterilität wieder mehr Gewicht auf das Vermeiden von Verletzungen gelegt wird. Es würde also auch beim Katheterismus die richtige Ausführung ein ebenso wichtiges Moment in einem Fall von Retention sein wie die Asepsis. Ref.) Um das Verhalten der gesunden Blase gegenüber hineingelangten Mikroben kennen zu lernen, experimentirte Verf. an 12 Kaninchen in der Weise, daß er an einer Seite eine Ureterfistel anlegte, darauf die Blase so gut wie möglich ausdrückte und die Urethra unterband. Schließlich wurden an der anderen Seite vom Nierenbecken aus Culturen, und zwar je dreimal Bacterium coli commune, Urobacillus liquefaciens septicus, Staphylococcus pyogenes albus und aureus eingespritzt. Die Blase wurde vorsichtig ein wenig geöffnet und der Inhalt nach 6, 8 und 12 Stunden durch Cultur untersucht. Nach 12 Stunden fanden sich nur noch in einem Fall Bacterien und zwar das Bacterium coli commune. Da gleichzeitig immer Blutuntersuchungen aus den Blasengefäßen, allerdings nur mikroskopisch, gemacht wurden, wobei sich niemals Bacterien fanden, der Weg aus der Harnröhre aber durch Unterbindung derselben ja abgeschnitten war, so schreibt Verf. der gesunden Blase eine bactericide Kraft zu. Eine Cystitis entstand niemals. Als dagegen der Versuch so variirt wurde, daß vorher durch Einlegen eines elastischen Katheters und Einfließenlassen von Wasser in die Blase unter Ballondruck eine Dilatation gemacht wurde, fand sich das Bacterium coli commune stets noch nach 18 Stunden (vier Versuche), und obwohl nach 24 Stunden stets Sterilität der Blase erzielt war, wurden bei der Obduction eines Tieres nach drei Tagen doch Zeichen von Cystitis gefunden. Man sieht also, daß durch die Dehnung die Blase an bactericider Kraft eingebüßt hat.

Die Thatsache, daß der Blasenurin bei Stricturpatienten häufig ein höheres specifisches Gewicht besitzt, veranlaßte den Verfasser zu dem Versuch, unter den obengenannten Verhältnissen (vom Nierenbecken aus nach Unterbindung der Urethra) eine beträchtliche Menge physiologischer Kochsalzlösung — genauer wird das Quantum nicht bezeichnet — einzuspritzen. Am anderen Tag war in einem Fall die Blase ganz, im anderen fast leer. Demnach kann die gesunde Blase Wasser resorbiren.

In einer weiteren Reihe von 12 Experimenten hat Verf. vom Nierenbecken aus Bacterium coli commune je dreimal mit verdünntem und mit concentrirtem Urin eingespritzt, und zwar sowohl bei offener wie bei unterbundener Urethra. Bei offenbleibender Urethra hatte die Einspritzung mit

concentrirtem Urin schnelleren Erfolg in Bezug auf die Erreichung der Sterilität, als die mit verdünntem. Bei geschlossener Urethra war das Verhältnis ein umgekehrtes. Die Erklärung muß man wohl darin suchen, daß der concentrirte Urin einen weniger guten Nährboden für die Mikroben darstellt, dagegen, was bei Retention in Betracht kommt, die bactericide Kraft der Blase mehr schädigt. In vier Fällen wurde schließlich der Versuch in gleicher Weise mit Injection von Bacterium coli commune und concentrirtem Urin so angestellt, daß vorher die Blase wie oben dilatirt war. Zwei Tiere starben am selben Abend und hatten Cystitiserscheinungen. Ein Tier wurde nach drei Tagen getötet und hatte Cystitis. Nur ein Tier, das allerdings schon nach zwei Tagen getötet wurde, war frei von Cystitis, zeigte aber noch das Bacterium coli im Harn.

In einer letzten Versuchsreihe, die nicht die unwichtigsten Resultate ergab, wurde, nachdem eine Niere längere Zeit vorher exstirpirt war, der Ureter der anderen Seite so in die Haut eingenäht, daß der Urin nach außen entleert wurde. Darauf wurde der Mastdarm, wie Posner und Lewin es thaten, unterbunden. Man fand, daß das Bacterium coli commune zwar immer in's Blut überging, aber daß die Zeit, die darüber verging, länger war als die von Posner und Lewin angegebene. Auch gegenüber Wissokowitsch konnte festgestellt werden, daß die gesunden Nieren sicherlich Bacterium coli commune durchließen. In der Blase wurde das Bacterium coli, wenn dieselbe vorher leer war, nur in einem Fall angetroffen. Bestand dagegen eine Retentio urinae, so gingen die Mikroben sehr schnell in den Urin über und waren immer eher in der Blase als im Blute zu finden. Kam noch Dilatation der Blase hinzu, so war auch immer Cystitis vorhanden, bis auf einen Fall, in dem das Tier wahrscheinlich zu früh zu Grunde ging.

Die Infection der Blase vom Darm aus erfolgt also, wie die Untersuchungen lehren, auf directem Weg. Dreyer (Köln).

Prof. Ebstein (Göttingen): **Ueber Harnsteine bei Amphibien.** (Virchow's Archiv 1899, Bd. 158, Heft 3.)

Der Mitteilung liegen zwei Fälle von Harnsteinen bei Kröten zu Grunde, die in der gesamten Litteratur die einzigen zu sein scheinen. In dem ersten Falle handelte es sich um ein Phosphatconcrement aus der Harnblase einer Kröte (Bufo calamita), in dem zweiten Falle um Uratconcremente in der Harnblase einer Schildkröte (Testudo graeca). So weit Verf. die Litteratur der Harnsteine kennt, scheint das Vorkommen derselben bei kaltblütigen oder den poikilethermen Tieren, bei welchen die Körpertemperatur mit der Zu- oder Abnahme der umgebenden Temperatur steigt oder sinkt, sehr selten zu sein. Ohne aus seinen zwei Beobachtungen weitere Schlüsse zu ziehen hebt Verf. die sich aus denselben ergebende Thatsache hervor, daß auch bei den Amphibien der Aufbau der Harnsteine nach denselben Gesetzen sich zu vollziehen scheint, wie beim Menschen und unseren Haustieren.

Lubowski.

V. Carlier: **Betrachtungen über die Behandlung der Blasensteine beim Kinde. — Die Vorzüge der Lithotripsie.** (L'Écho médical, 7. Januar 1900.)

Verf. hatte Gelegenheit, 21 Kinder mit Blasensteinen zu operiren und zu heilen. Da in Frankreich die Chirurgen die Frage noch nicht entschieden haben, welche Operation beim Kinde zur Entfernung von Blasensteinen zu wählen sei, so sucht Verf. auf Grund seiner Erfahrungen der Lithotripsie den Vorzug zu geben. In Betracht kämen außerdem Sectio alta und Sectio mediana, die eine größere Anzahl Anhänger zählen, besonders die erstere, da es auch wesentlich ist, welche neben der Lithotripsie zu erwägen wäre.

In neun Fällen hat Carlier die Blase vom Bauch aus eröffnet. Bei fünf der kleinen Patienten schloß er Drainage mittelst Guyon-Périer-Katheter an, während bei den vier anderen die Blase unmittelbar nachher durch Naht verschlossen wurde.

Die Heilung bei den mit Drainage der Blase nachbehandelten Kindern dauerte im Mittel 14 Tage bis 3 Wochen. Allein diese Behandlung hat die Unbequemlichkeit einer dauernden Beobachtung des Kindes, das den Saugkatheter lästig empfindet, der nach 4–5 Tagen je nach dem Zustand der Blase entfernt wurde.

Bei den anderen vier Fällen hat sich Verf. der totalen Naht der Blasenwunde bedient. Ebenso schloß er eine fast vollständige Naht der Bauchwunde an mit einer nur ganz kleinen Oeffnung, um zur Sicherheit einen Drain einzulegen. In die Harnröhre kam ein Pezzer'scher oder Malérit-scher Dauerkatheter.

Diese Patienten wurden ohne Zwischenfall in 7—9 Tagen gesund. Der Dauerkatheter blieb in allen Fällen eine Woche ohne Beschwerden liegen. Die Blasennaht wurde erst mit Catgut, dann eine zweite mit dünner Seide gemacht. Bei Anlegung der Blasennaht betrachtet Carlier es als einen besonderen Kunstgriff, den Schnitt möglichst weit entfernt vom Blasenhals anzulegen und die Wundwinkel solide zu verschließen. Die Vorteile dieser letzteren Operation liegen in der schnellen Heilung, der außerordentlichen Haltbarkeit der Bauchdeckennaht und in der unbedeutenden Narbe. Carlier empfiehlt daher auch diese Operation angelegentlichst und kennt nur eine Contraindication, nämlich ausgesprochene Enge des Canals, die in Folge dessen die Einführung und das Zurücklassen eines Katheters ausschließt. Eine vor der Operation durch das Concrement bedingte Cystitis dagegen bietet keine Gegenindication für die Blasennaht. 11 Kinder wurden mittelst der Lithotripsie ohne Zwischenfall geheilt, bei einem Patienten traten Complicationen ein.

Die Vorteile der Lithotripsie liegen in der Einfachheit des Eingriffes, der schnell und auf natürlichem Wege geschieht mit Vermeidung jeder Wunde. Schwierigkeiten können Enge der Harnröhre beim Kinde und starke Reizbarkeit der Schleimhaut bereiten, während wirkliche Contraindicationen nur die bedeutende Größe und Härte der Steine bildet oder überhaupt eine

ungünstige Form des Concrementes im Vergleich zu der Dehnbarkeit der zu passirenden Wege. Einen Schluß auf deren Gestalt bietet dem Verfasser der Meatus, der zuweilen incidirt wird, während er Dilatationen vermieden wissen will aus Rücksichten auf eine eventuelle Infection der hinteren Harnröhre. Den Lithotriptor wählt Carlier in einer Größe, die glatt die Harnröhre passirt, damit jede Schwierigkeit auch beim Zurückziehen des Instrumentes vermieden wird. Diese, aus französischen Fabriken, überwinden fast ohne Ausnahme die Härte der Concremente, da es, allerdings unter Anwendung großer Kraft, Carlier gelang, bei einem 18jährigen jungen Mann ein Oxalat völlig zu zertrümmern ohne jede Beschädigung des Lithotriptors. Viel mehr fällt die Gestalt des Steines in's Gewicht als seine Härte. Ein Stein, der kugelförmig ist, wird selbst bei 3 cm Durchmesser den Branchen des Instruments entgleiten, während ein kieselgeformtes Concrement leicht zu fassen sein wird. Die Anzahl der Steine bietet ebenfalls keine Gegenindication, da es dem Verf. zweckmäßiger erscheint, mehrere kleine, günstig geformte Steine zu finden, als event. einen großen, ungünstig geformten, der außerdem von besonderer Härte ist. Steine in größerer Anzahl beim Kinde sind indessen selten und bedingen ein kleineres Volumen derselben. Die Anästhesie soll bis einschließlich der Aspiration eine tiefe sein, damit Fragmente nicht die Harnröhre verlegen und die Einführung des Metallkatheters erschweren. Die Blase wird mit etwas Flüssigkeit angefüllt, um Contractionen zu vermeiden und später ein bestimmtes Feld für die Fragmente zu haben. Zur Aspiration bedient sich Carlier der No. XVI nach Collin's Scala. Bei keinem der 12 mittelst der Lithotripsie behandelten Kinder ist bis nach fünf Jahren eine Neubildung der Concremente beobachtet, ein Grund mehr, der den Verf. veranlaßt, von den beiden in Betracht kommenden Operationen anstatt der Sectio alta möglichst die Lithotripsie zu wählen.

Merzbach.

Fr. Holme Wiggin (New-York): **Ueber gelegentliche Verletzung der Harnblase.** (Verhandl. der Amerikan. med. Ges. Centralbl. für Gynäkologie 1899, No. 50.)

Die Verletzung der unteren Fläche kommt hauptsächlich bei der Trennung der Gebärmutter und Scheide von ihr vor, wenn die Bauchhöhle durch einen Schnitt in der vorderen Seitenwand eröffnet worden ist. Doch ist diese Verletzung immerhin seltener, als man denken sollte. Stets müssen diese Wunden unmittelbar nach ihrer Entstehung genäht werden, und pflegt dann der Wundverlauf auch ohne Drainage ein glatter zu sein. Jedes Mal, wenn W die Lostrennung der Blase von Scheide und Uterus ausführt, pflegt er sich sorgfältig davon zu unterrichten, ob ein Riß entstanden ist, am besten mit der Uterussonde oder durch Einspritzung einer Salzlösung.

Immerwahr (Berlin).

VIII. Ureter, Niere etc.

S. Pechkranz (Warschau): **Albuminurie und acute diffuse Nephritis im Verlaufe einiger Hautkrankheiten (Scabies, Ekzem.)** (Wiener med. Wochenschr. 1899, No. 51, 52.)

Verf. veröffentlicht interessante Beobachtungen, die er an Scabieskranken des Warschauer jüdischen Krankenhauses in Bezug auf das Vorkommen von Albuminurie gemacht hat. Die Zahl der untersuchten Kranken beträgt 128, vorwiegend junge Leute im Alter von 9—20 Jahren, bei denen also die Folgen von Arteriosclerose, Alkoholismus etc. ausgeschlossen werden konnten, und fast ausnahmslos Männer; außerdem erfolgten die Untersuchungen noch vor dem Beginn der Behandlung, um etwaige toxische Einwirkung der angewendeten Mittel auszuschließen. Es wurde nun unter den 128 Scabiesfällen mit mehr oder weniger ausgedehntem Ekzem Albumen in 24 Fällen nachgewiesen (ca. 20 pCt.). Die Albuminurie trat in einer Reihe von Fällen nicht jeden Tag auf, und die Eiweißmenge zeigte recht bedeutende Schwankungen; in manchen Fällen war sie ziemlich groß und erreichte $^1/_2$—2 $^0/_{00}$.

Verf. berichtet über eine Anzahl der Fälle eingehender; bei einigen derselben sprach der objective Befund für das Bestehen eines ausgebildeten Morbus Brightii. Die sog. physiologische Albuminurie glaubt P. ausschließen zu dürfen, und zwar einmal deswegen, weil keiner von denjenigen Anlässen, welche dieselbe herbeiführen, vorlag, und ferner wurden die Harnuntersuchungen vorwiegend in den Morgenstunden ausgeführt, so daß also von irgend einer körperlichen Anstrengung, von albuminreicher Kost, geistiger Ueberanstrengung nicht die Rede sein konnte. Desgleichen weist P. die Annahme einer cyklischen Albuminurie zuruck.

Was die Entstehungsweise dieser Formen von Nephritis betrifft, so weist Verf. auf die Möglichkeit hin, daß die Parasiten, welche durch die bei diesen Affectionen vorhandenen Läsionen der Hautoberfläche in den Organismus eindringen, oder die Toxine derselben beim Passiren der Nierenbahnen eine Reizung oder ausgebildete Entzündung dieses Organes verursachen; oder es sei denkbar, daß die Eiterung und Maceration der oberflächlichen Hautschichten zu Zersetzungen, zur Bildung und Resorption von Fettsäuren und anderen Substanzen führe, die Reizung und Entzündung der Nieren hervorrufen. E. Samter.

Geiss: **18 Jahre Nierenchirurgie.** (Marburg, N. G. Elwert'sche Verlagsbuchhandlung.)

Das chirurgische Nierenmaterial Küster's, das in der vorliegenden Arbeit zusammengestellt ist, betrifft 202 Patienten, an denen 214 Operationen vorgenommen sind. Das durch die Zahl bedingte statistische Inter-

esse wird durch ätiologische, symptomatische, diagnostische und operative Einzelheiten erhöht. Die Darstellung der Dauerresultate bedingt den besonderen Wert der Arbeit. Dieselbe beginnt mit den Tumoren. Unter 14 Geschwülsten war 7mal Carcinom, 3mal Sarcom und 1mal Struma suprarenalis vertreten. Die Krankheit begann 4mal mit Hämaturie. Nur 1mal fehlten Blutungen ganz. Eine Entleerung wurmförmiger Gerinnsel kam nur 1mal vor und veranlaßte Harnverhaltung. Bei Kindern ist das erste und oft einzige Symptom eine Anschwellung des Leibes. Einmal wurde jedoch auch hier zuerst die Hämaturie bemerkt. Eine Varicocele bestand nie. Durch plötzlich auftretende, heftige Schmerzen oder ständiges, dumpfes Druckgefühl wurden die Patienten zum Arzt geführt. Die Cystoskopie hält Verf. für unwichtig bei der Stellung der Diagnose, da die Blutung auch aus der gesunden Niere erfolgen kann. Die Palpation weist meist den vorn und medial gelegenen liegenden Dickdarm über der Geschwulst nach. Einmal fanden sich im Urin große granulirte, stark verfettete Rundzellen. Die Diagnose wurde in 10 von 14 Fällen richtig gestellt. Einmal wurde eine Hydronephrose in Folge eines Zottenpolypen am Orificium des Harnleiters irrtümlich angenommen. Ein anderes Mal fand eine Verwechselung mit einer Ovarialcyste statt. Bis auf zwei Fälle wurde die lumbale Nephrectomie gemacht. 45,45 pCt. starben in Folge oder bald nach der Operation im Collaps. In einem Fall erfolgte der Tod durch Embolie der Arteria pulmonalis durch einen Embolus aus der Vena renalis, in die ein Bougie tief eingeführt war, da man sie für den Ureter gehalten hatte. Fünf Personen starben noch an Recidiven oder Metastasen im Verlauf von Wochen bis zu einem Jahre nach der Operation. Bei einem neunmonatlichen Kinde mit Carcinom lag $3^1/_2$ Jahre nach der Nephrectomie noch kein Anzeichen eines Recidivs vor.

Der Abschnitt über Nierentuberculose bringt 19 Fälle, d. h. 9,41 pCt. des Gesamtmaterials. Beide Geschlechter und beide Seiten sind etwa gleichmäßig beteiligt. Das Alter der Kranken schwankt zwischen 20 und 40 Jahren. Die rechte Seite war bei neun Frauen siebenmal befallen, woran die häufige Beweglichkeit der rechten Niere beim Weibe ursächlich beteiligt sein kann. Hereditäre Belastung lag neunmal vor. In zwei Fällen war vor acht resp. sieben Jahren ein Tripper vorausgegangen. Hartnäckige Blasenbeschwerden sind meist das erste Symptom, oft jedoch auch eine plötzliche Hämaturie. Nur in zwei Fällen wurden Tuberkelbacillen gefunden. Der Sitz der Erkrankung wurde fünfmal durch Cystoscopie festgestellt. Nur in einem Fall versagte sie wegen stärkerer Blutung. Der Ureterenkatheterismus wurde nach Pawlik's Methode einmal vergeblich versucht. Anfallsweise auftretende Schmerzen in der Lendengegend (einmal) und Vergrößerung der Niere können die Diagnose stützen. Zur Festlegung derselben wird die probatorische Incision event. mit Abziehen der Capsula propria und probatorischen Convexschnitt empfohlen. In einem Fall trat hierbei eine heftige, bis zum Tode, der durch Sepsis erfolgte, anhaltende Blutung ein. Meist wurde auch die gesunde Niere freigelegt. In 17 Fällen wurde mit dem ge-

wöhnlichen Flankenschnitt die Niere exstirpirt, in zwei älteren Fällen noch (mit vollkommenem Mißerfolg) nephrotomirt. Die Blasenbeschwerden hörten bei geeigneter Nachbehandlung bald ganz auf. Zwei Patienten starben nach der Operation, einer im Collaps, der andere in Folge von Miliartuberculose = 10,5 pCt. Mortalität. Da der Ureter meist miterkrankt ist, soll er durch Verlängerung des Schnittes nach vorn mitentfernt werden oder, wenn eine Erkrankung nicht festgestellt werden kann, in den unteren Wundwinkel genäht werden.

Zwei Fälle starben, vorübergehend gebessert, nachträglich, der eine an florider Phthisis pulmonum. Bei 12 Fällen besteht vollkommene Heilung seit $1^1/_2$ bis $7^3/_4$ Jahren. Bei zweien besteht zwar noch eine kleine Fistel. Eine Frau hat ein Jahr nach der Operation einen gesunden Knaben geboren. Ein Dauererfolg wurde also in 70,5 pCt. der Fälle erzielt.

Steinniere kam in 17 Fällen, d. h. in 8,4 pCt. der Gesamtsumme vor. 11 Fälle (65.3 pCt.) betrafen Männer. 9 standen zwischen 20 und 30, 1 zwischen 31 und 40, 5 zwischen 41 und 50 und 2 endlich zwischen 51 und 60 Jahren. Die linke Seite war 10mal, die rechte 4mal und beide Seiten 1mal erkrankt. In 5 Fällen war eine gonorrhoische Cystitis vorausgegangen. Das Krankheitsbild wird beherscht durch Coliken mit Blutungen, die nur in 4 Fällen fehlten. Auch Abgang von Steinen wurde nur 4mal vermißt. Bis auf 2 Fälle war die Niere vergrößert. 2mal gelang es, mit der tastenden Hand harte Steine durchzufühlen. 15mal wurde die Nephrotomie gemacht, je 1mal die primäre und die secundäre Nephrectomie. 1mal wurden beide Nieren in einem Zwischenraum von 27 Tagen nephrotomirt. In einem Fall fand sich trotz Abganges von Steinen per urethram kein Concrement bei der Operation 2 nephrotomirte Patienten starben an Urämie, wahrscheinlich in Folge beiderseitiger Nierenerkrankung. Die Dauererfolge betrugen 52,9 pCt., ein Resultat, das wohl durch strenge Diät nach der Operation erreicht ist.

18 Fälle von Hydronephrose und Pyonephrose betrafen 10 Weiber und 8 Männer. 1mal war eine Einzelniere, 1 anderes Mal eine Hufeisenniere vorhanden. Die linke Niere war 9mal erkrankt. Das Alter von 10 bis 40 Jahren ist hauptsächlich (mit 12 Fällen) beteiligt. 4mal waren Blutungen als die wahrscheinliche Ursache zu betrachten. Die Coagula verstopften den Ureter und führten 1mal zur Wanderniere. 3mal bildete sich die Sackniere durch Druck vom schwangeren Uterus aus. Eine fluctuirende Geschwulst in der Lendengegend war fast stets vorhanden. 3mal trat das Bild der intermittirenden Hydronephrose auf. Nur in 3 Fällen zeigte der Urin Veränderungen, geringe Eiweißmengen neben weißen und roten Blutkörperchen. 1mal konnte bei einem mit einer Fistel in Behandlung kommenden Fall der Finger die Diagnose an den abgeflachten Papillen stellen. Einige Male sicherte eine Probepunction mit Nachweis von Harnbestandteilen in der punctirten Flüssigkeit dieselbe. Bei einer Wandernierenhydronephrose wurde die Nephropexie zusammen mit der Nephrotomie ausgeführt. In einem Fall wurde ein Erfolg durch Annähen des resecirten Ureters an die Sackwand erzielt. 1mal wurde der spitzwinklig sich inserirende Ureter an den untersten

Teil des Sackes angenäht. Die typische Operation der Sackniere blieb die Nephrotomie, die 14mal mit Erfolg ausgeführt wurde. 2 Patienten wurden primär mit einem Todesfall, 6 secundär mit 6 Erfolgen nephrectomirt. 2 Patienten starben $^{1}/_{2}$ resp. 1 Jahr nach der Operation, wahrscheinlich an Tuberculose, 1 Patientin 3 Jahre später an Nephritis.

Bei den 14 überbleibenden Patienten konnte $^{3}/_{4}$ bis $8^{1}/_{4}$ Jahre nach der Operation volle Gesundheit beobachtet werden.

10 Fälle von Pyelonephritis betrafen 7 Weiber und 3 Männer. 6mal war die rechte Seite ausschließlich, 2mal vorwiegend beteiligt. Die linke Seite war nur 1mal befallen. Das häufige Vorkommen von Wandernieren und Nierenverletzungen an der rechten Seite giebt vielleicht eine Erklärung für dieses Verhalten. In 4 Fällen war eine Cystitis nach Schwangerschaft vorhanden, 1mal eine gonorrhoische und 2mal Cystitis aus unbekannter Ursache. Der Urin enthielt fast immer viel Eiweiß und Eiter. Die Reaction war 2mal sauer. Intermittirendes Auftreten der Symptome kam 2mal vor. In 2 Fällen war eine druckempfindliche Geschwulst ständig vorhanden. Verf. schreibt: „Ueber die neuerdings gemachten Versuche von Casper, auf dem Wege des Ureterenkatheterismus die Pyelitis mit antiseptischen Spülungen zu heilen, besitzen wir hier keine Erfahrungen. Ganz abgesehen davon, daß dieses Verfahren nur in den frühen Stadien derselben in Anwendung kommen kann, wird es sich so lange nicht einbürgern, als der Katheterismus der Ureteren eine Kunst in der Hand specialistisch geübter Aerzte bleibt.“ 9mal wurde die Nephrotomie mit einem Todesfall wahrscheinlich in Folge doppelseitiger Pyelonephritis und je 2mal die primäre und secundäre Nephrectomie gemacht. Von ersteren starb einer ebenfalls in Folge doppelseitiger Pyelonephritis. Eine Dauerheilung wurde in 60 pCt. aller Fälle erzielt. Echinokokken der Nieren wurden in drei Fällen operirt, von denen nur einer vorher diagnosticirt war. Sie betrafen 1 Mann und 2 Frauen. Die gegebene Operation ist die Nephrotomie. Nur ausnahmsweise kann die Nephrectomie in Betracht kommen.

An 8 Nierenverletzungen = 3,98 pCt. des Gesamtmaterials waren 7 Männer beteiligt. 4mal war die rechte Seite betroffen. Die Hämaturie ist das wichtigste Symptom, das gleich oder bald nach dem Unfall auftritt. Gewöhnlich wird das Blut vermischt mit dem Urin ausgeschieden, 2mal waren indes Blutgerinnsel in der Blase vorhanden, die in Folge Verlegung des Orificium internum Katheterismus nötig machten. 2mal wurde Polyurie beobachtet, 1mal fanden sich granulirte Cylinder im Harn. 1mal wurden Hodenschmerzen mit krampfhaftem Anpressen des Hodens gegen den Leistenring geäußert. Vollkommene Ruhe, blande Diät und event. Morphiumgaben bildeten neben der aufgelegten Eisblase die Therapie. 1mal wurde ein Heftpflasterverband angelegt. 1mal wurde wegen drohender Anämie das Nierenbecken freigelegt, tamponirt und mit der äußeren Hautwunde vernäht. 3 Fälle konnten noch nach der Entlassung beobachtet werden und blieben von Nachkrankheiten, die sonst nicht selten sind, verschont.

An 99 Patienten, darunter 94 = 94,94 pCt. Frauen. wurden 108 Nephro-

pexien vorgenommen. In 89 Fällen = 79,79 pCt. war die rechte Seite befallen. Acute und chronische (Schnüren) Traumen sind als Ursache der Wanderniere aufzufassen. 67 = 69,3 pCt. standen zwischen dem 20. bis 40. Lebensjahre. In 73 Fällen wurde die Nephropexie so ausgeführt, daß nach erfolgtem Flankenschnitt, Spaltung und Ablösung der Fettkapsel zwei Silberdrähte durch den unteren Nierenpol gezogen und um die unterste Rippe geknüpft wurden. Die abgelöste Fettkapsel wird an die Musculatur genäht und stützt die Niere. Die Patienten werden 3 Wochen im Bett gehalten Die Silberdrähte bleiben liegen, können aber auch entfernt werden, wenn sie Reizungen verursachen. Die Erfolge nach dieser Methode betrugen 67,12 pCt. + 6,85 pCt. Besserungen, während nur in 17,81 pCt. Mißerfolge auftraten.

Von Paranephritis werden 14 Fälle, darunter 8 = 57,14 pCt. bei Männern, berichtet. Dieselben standen meist im Alter zwischen 20 und 50 Jahren. 8mal war die Erkrankung rechts, 5mal links und 1mal beiderseits localisirt. 2mal ging ein Trauma voraus, je 1mal Furunculose, ein Carbunkel, Masern und Parametritis. 4mal wurde Staphylococcus pyogenes aureus in dickem rahmigem Eiter gefunden, 2mal Bacterium coli commune in äußerst übelriechendem und stinkendem Eiter und in einem gleichbeschaffenen Eiter 1mal Streptokokken. Fieber fehlte nur 2mal. Oertlicher Schmerz, Schwellung und Oedem lenkten die Aufmerksamkeit auf die Lendengegend. 5mal war eine Mitbeteiligung des M. ileo-psoas mit Beugestellung und Rotirung im Hüftgelenk vorhanden. Nachweis von Fluctuation und Probepunction sichern die Diagnose. Der Urin enthielt 2mal Eiweiß, rote und weiße Blutkörperchen und 1mal außerdem wachsartige Cylinder. 2mal war er trübe, sonst wahrscheinlich immer normal. Die Incision geschieht in Form des Flankenschnittes, weil vielleicht doch nachher eine Nierenoperation nötig werden kann. 3mal mußten Gegenöffnungen angelegt werden. 1 Fall starb an Pyämie = 7,1 pCt. Mortalität. Die Heilungsdauer schwankt zwischen 2 (in welchem Fall eine eigentliche Eiterung noch nicht bestand) bis 5 bis $9^1/_2$ Wochen. Die endgiltige Heilung konnte in 7 Fällen noch nach 1 bis $3^1/_2$ Jahren controllirt werden. Dreyer (Köln).

Albert Martin (Rouen): **Hydronephrose volumineuse du rein droit; nephrectomie transperitonéale.** (Société de chirurgie 1899. Rapporteur: Picqué.)

Eine 38jährige Frau sieht in ihrer linken Seite langsam eine große Geschwulst entstehen, ohne Beschwerden von Seiten der Leber. Martin diagnosticirt ein Ovarialcystom; doch zeigt die Laparotomie, daß es sich um eine hydronephrotische Niere handelt, welche transperitoneal entfernt wird. Die Kranke heilt. Das Nierenbecken war stark ausgedehnt, der Harnleiter normal und durchgängig. Der Berichterstatter macht auf die schwierige Differentialdiagnose zwischen Hydronephrose und Ovarialcyste aufmerksam und tadelt nur den transperitonealen Weg der Nephrectomie. (Cystoskopie und Ureterenkatheterismus scheinen den Weg nach Rouen noch nicht gefunden zu haben. Ref.) **Mankiewicz.**

Dr. Rotschild: **Ein Fall von Nephrectomie.** (Vortrag u. Demonstration der Berliner klinischen Gesellschaft vom 29. December 1899. Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 51.)

Der von Verf. beobachtete Fall beweist, daß der von Israel aufgestellte Satz, daß man nicht nephrectomiren darf, wenn die 24stündige Harnstoffausscheidung die Hälfte der Norm nicht wesentlich überschreitet, doch nicht als ausnahmslos gelten kann. Es handelte sich in dem betreffenden Falle um eine schmächtige, sehr kleine Person mit angeborener Hüftgelenkluxation und beweglicher rechtsseitiger Wanderniere. Beim Versuch, spontan Urin zu lassen, konnte sie nur wenige Tropfen auspressen, dieser Urin war trübe, eitrig. In der Nierengegend rechts hatte sie Schmerzen. Die Untersuchung ergab, daß eine Schrumpfblase vorhanden war, ohne irgend welche Lichtung, sie faßte keine 10 ccm Flüssigkeit. Mehr konnte man mit Katheter nicht einpressen, die Sondirung ergab glatte Wandung; per vaginam fühlte man bimanuell die Blase als apfelgroßen, runden, harten Körper hinter der Symphyse, von den Ureteren nichts. Die rechte Niere war in Nabelhöhe palpabel, sehr frei beweglich, wenig vergrößert, von regulärer Configuration, etwas unregelmäßiger Oberfläche. Die linke Niere war nicht deutlich palpabel Vielfache Urinuntersuchungen auf Tuberkelbacillen fielen stets negativ aus. Wiederholte Untersuchungen auf Albumen ergaben nie über $^1/_2$ p. M., sonst enthielt der Urin weiße und rote Blutkörperchen; der Harnstoffgehalt betrug 2,9 pCt. Durch mechanische Dilatation gelang es, die Blase so zu erweitern, daß dieselbe ca. 80—90 ccm faßte und die Patientin den Urin in der Blase bis zu zwei Stunden ohne Schmerzen halten konnte, ohne Schmerzen sodann spontan bis zu 60 ccm auf einmal entleerte. Zwei Monate später kam sie mit intensiven Schmerzen in der rechten Nierengegend wieder. Der Blasenbefund war im Ganzen unverändert. Die linke Niere war jetzt im unteren Pol palpabel unter dem Rippenbogen, ohne Abnormitäten, die rechte Niere etwas tiefer als früher, sonst unverändert. Die 24stündig aufgefangene Urinmenge schwankt von 1200—1500 ccm, der Harnstoffgehalt betrug 1,7 und sank später auf 1,3 pCt. Die Patientin entleerte spontan bis ca. 60—70 ccm Urin aus der Blase auf einmal, hatte ca. 1—$1^1/_2$stündlich Harndrang. Durch Dehnung und Blasenspülung mit Borsäure und Arg. nitr. wurde jetzt die Blase zunächst so weit gebracht, daß es möglich wurde, unter fast dauernder Irrigation ohne Narcose zu cystoskopiren und dabei außer einer im Allgemeinen glatten, mäßig cystisch veränderten Blasenschleimhaut die normale Function des linken Ureters festzustellen. Rechts dagegen fand sich keine Uretermündung, aber an der Stelle, wo dieselbe liegen müßte, ein Recessus, mit Eiterkrümeln ausgefüllt. Die intensiven Schmerzen auf der rechten Seite waren constant, und die Patientin verlangte die Operation der Wanderniere. Bei Freilegung der Niere ergab sich rechts eine totale Pyonephrose; die Niere enthielt absolut kein functionirendes Parenchym mehr. Unter diesen Umständen wurde die Niere trotz des Harnstoffverhältnisses total exstirpirt. Die Wunde heilte per primam, die Patientin erholte sich, der Harnstoffgehalt des Urins war am 5. Tage

nach der Operation 2,4 pCt., am 7. Tage 1,9 pCt., am 23. Tage 1,4 pCt. und stieg nach weiteren 10 Tagen wieder auf 1,6 pCt. Die Werte stiegen also wiederholt über die Hälfte der Norm, während vor der Operation der Harnstoffgehalt unter die Hälfte der Norm ging. Lubowski.

IX. Technisches.

G. Nobl (Wien): **Technischer Beitrag zur Irrigations-Behandlung der Harnröhren-Erkrankungen.** (Wiener med. Wochenschr. 1899, No. 46/47.)

N. beschreibt einen neuen doppelläufigen Urethralansatz sowohl für diagnostische, als auch für therapeutische Zwecke, welcher die den bisher hierfür empfohlenen Spülvorrichtungen anhaftenden Mängel vermeiden soll. Der Ansatz stellt ein durch eine Scheidewand geteiltes, mittelweites, etwa 10 cm langes Glasrohr dar, dessen Weite ungefähr dem Caliber einer 8—10 ccm fassenden Urethralspritze entspricht. Der Urethralansatz hat eine stumpfconische Form mit Abrundung der Spitze; das distale Ende der Canüle weist an der zuführenden Hälfte eine große Oeffnung auf, während es an der anderen Hälfte zugeschmolzen ist; den Abschluß auf dieser zugeschmolzenen Seite besorgt ein etwa 5 cm von der Spitze entfernt sich abzweigendes, sehr weites und kurzes Röhrchen, das mit dem Ansatze einen nach vorn offenen stumpfen Winkel bildet und mit einem Drainrohr armirt werden kann.

Bei einem neueren Modell ist noch eine Verbesserung eingeführt, dergestalt, daß die Scheidewand nicht den ganzen Ansatz halbirt, sondern knapp hinter dem Abflußröhrchen abschließt. Hierdurch wird das ganze distale Canülenende für die einströmende Flüssigkeitsmenge disponibel. Die Höhe der Flüssigkeitssäule hat bei der großen Lichtung der Austrittsöffnung nie mehr als $1^1/_2$ m zu betragen, bei welcher Druckhöhe die Flüssigkeit fast immer auch bis in den hinteren Harnröhrenabschnitt getrieben werden kann, ohne daß man hierbei die Abflußöffnung verschließen müßte. Bei der Spülung des vorderen Harnröhrenabschnittes genügt es, bei Anwendung eines mit Quetschhahn versehenen Leiter'schen Irrigators, den Quetschhahn nur ganz mäßig zu comprimiren, um eine energische Durchströmung zu erzielen.

E. Samter.

Friedrich Dommer (Dresden): **Urethrale Faradisations-Electroden.** (Wiener med. Wochenschrift 1900, No. 4.)

D. giebt nochmals eine Beschreibung und Abbildung der Urethral- und der Mastdarmelectrode, die er auf der Naturforscherversammlung zu München demonstrirt hat, und knüpft daran einige Bemerkungen über den practischen Gebrauch derselben und über die Erfolge der Anwendung; er selbst hat sie erfolgreich benutzt bei einigen Fällen von sexueller Neurasthenie, Impotentia coeundi, Bettnässen. E. Samter.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Aus Dr. Georg J. Müller's Privatklinik für Hautkrankheiten und Krankheiten der Harnorgane.

Beiträge zur Asepsis des Katheterismus.

Von

Dr. **Georg J. Müller** in Berlin.

Es war eigentlich selbstverständlich, daß die Methoden der Asepsis, welchen die Chirurgie ihre staunenswerten Erfolge verdankt, auch allmählich bei den operativen Eingriffen auf dem Gebiete der Harnwege ihre Anwendung finden mußten, um so mehr, als die Urologie sich erst in den letzten zwei Decennien aus einem Teilgebiet der allgemeinen Chirurgie zu einem Specialfach entwickelt hat und von chirurgisch geschulten Fachmännern auf ihren jetzigen Hochstand gebracht worden ist. Jedoch ist auch heutigen Tages noch nicht die Asepsis auf unserem Specialgebiet etwas so absolut Selbstverständliches geworden wie in der modernen Chirurgie im weitesten Sinne. Wir können die „schönen Reste" dieser Rückständigkeit allenthalben als deutliches testimonium vis inertiae mit Bedauern in der Praxis feststellen.

Die ersten Anregungen zur Asepsis des Katheterismus gingen von der Schule Guyon's (Delagénière, Poncet, Guyon, Curtillet, Albarran) aus, während Englisch noch 1887 in seiner sonst ausgezeichneten Monographie über den Katheterismus von „Desinficirung der Instrumente durch Eintauchen (!) in siedendes Wasser oder starke antiseptische Lösungen resp. Durchspritzen" spricht.

Die Entwicklung der Asepsis von Harnröhren- und Blaseninstrumenten hat sich nunmehr in zwei Richtungslinien vollzogen; die eine ist characterisirt durch die Einflüsse der Guyon-Schule und führte von der unbrauchbaren schwefeligen Säure zur Verwendung von Formaldehyddämpfen, die andere ist beeinflußt durch die bahnbrechenden Arbeiten Koch's und deren Uebertragung in die Praxis durch Schimmelbusch und gelangte zur Benutzung des strömenden Wasser-

dampfes. Das unbestreitbare Verdienst, auf die Bedeutung dieses letzteren Verfahrens nachdrücklich hingewiesen und einen brauchbaren Apparat angegeben zu haben[1]), gebührt Kutner. Verf. selbst hat dann schon im Februar 1897 durch den Instrumentenmacher Herrn H. Schulze einen Sterilisator anfertigen lassen, den er nicht veröffentlichte, weil K. ihm mit der Beschreibung seines neuen Sterilisators zuvorkam, obwohl ersterer besser, weil einfacher, und schon zur aseptischen Aufbewahrung von Kathetern eingerichtet war. (Eine gelegentliche Demonstration erfolgte auf dem Dermatologencongreß in Straßburg, Pfingsten 1898.) Folgende Veröffentlichung sollte eigentlich noch nicht stattfinden, weil der Verf. seine Arbeiten über Asepsis des Katheterismus in extenso und vervollständigt durch umfangreiche bacteriologische Untersuchungen über die Grenzen einer idealen Asepsis, Pathogenität der Präputial- und Urethralflora und Schlußfolgerungen über practische Asepsis herauszugeben gedachte. Da diese aber noch lange nicht abgeschlossen sind und vorläufig nicht beendet werden können, Verf. aber nicht wieder seine Prioritätsansprüche einbüßen möchte, sieht er sich veranlaßt, den practischen Teil seiner Arbeit jetzt schon vorauszuschicken.

Es mag überflüssig erscheinen, daß ich vor einem Forum von engeren Fachgenossen vielleicht längst Bekanntes oder gar Selbstverständliches wiederhole, aber ich hege auch den Wunsch, daß meine Zeilen in weitere Kreise dringen und dazu aneifern möchten, mit dem alten Schlendrian zu brechen; andererseits möchte ich den nunmehr theoretisch informirten Collegen auch eine brauchbare, einfache und doch absolut sichere Methode an die Hand geben. Der Haupteinwand gegen den Wert der Instrumentenasepsis, wie er leider noch heute von den vortrefflichen Bannerträgern der Vis inertiae erhoben wird, ist der, daß sie vollständig überflüssig sei, so lange eine Asepsis des Genitale und der Urethra sich illusorisch erweise. Abgesehen davon, dass wir, wie Posner sich sehr richtig äußert, die Verpflichtung haben, jede Quelle der Infection zu stopfen, hat gerade dieser Umstand bei richtigem Vorgehen nur mehr theoretische Bedeutung gegenüber der sicher gestellten Thatsache, daß wir gerade an Kathetern die für die Blase pathogenen Bacterienarten finden, weil es die sind, welche auch im Harn der — besonders functionell gestörten — Blase und außerhalb des Organismus in faulenden, mit Eiter und Schleim gemischten Harnresten ihren besten Nährboden finden.

Die bisherigen Resultate meiner Untersuchungen ergeben jedenfalls

---

[1]) Farkas hatte schon früher einen ganz primitiven, unbrauchbaren Apparat construirt.

eine Bestätigung der Versuche Leube's und Grosglik's und die Thatsache, daß die Flora einer normalen, nicht gonorrhoisch inficirt gewesenen und nie katheterisirten Urethra für die Blase anscheinend nicht pathogen ist und daß überhaupt bei vorheriger reichlicher Auswaschung der Urethra anterior sehr wenig und scheinbar keine pathogenen Keime auf der Schleimhaut verbleiben. Das deckt sich im Uebrigen mit den Erfahrungen der Praxis durchaus. Die ideale, absolute Asepsis des Präputialsackes ist freilich schwierig, aber auch unnötig, da lediglich eine Desinfection des Orificiums ausreicht, welche ziemlich sicher bewerkstelligt werden kann. Im Uebrigen wissen wir, daß eine absolute Asepsis der Haut auch auf anderen Gebieten der Chirurgie illusorisch ist, was trotzdem bei genügender Vorsicht die Erfolge nicht beeinflußt, daß sogar auf Wunden sich Mikroorganismen befinden können, ohne daß diese etwa septisch aussehen resp. klinisch als septische zu bezeichnen sind.

Es unterliegt wohl allgemein keinem Zweifel, daß wir in erster Linie durch eine verständige Prophylaxe in diesem Sinne zahlreichen Cystitiden, Pyelitiden und Epididymitiden vorbeugen, welche früher fraglos eine sehr traurige Folge so manches Katheterismus bildeten.

Mir persönlich hat sich außerdem durch die Erfahrung die durch nichts zu erschütternde Ansicht aufgedrängt, daß wir durch aseptisches Verfahren geradezu die Erfolge unserer Therapie sichern; beweisen läßt es sich freilich nicht, aber ich stehe unter dem Eindruck, daß, seitdem ich consequent aseptisch vorgehe, auch meine Heilerfolge bedeutend bessere geworden sind. Ich möchte sicher glauben, daß für die Aerzte früherer Decennien und vielleicht für sehr viele auch noch heutigen Tages — es soll darin kein denunciatorischer Vorwurf liegen — die instrumentelle Behandlung der Harnleiden speciell auch zum Zweck der Therapie des chronischen Trippers darum so häufig zu einer wahren Crux und einer Quelle des Mißvergnügens für beide Teile geworden ist resp. wird, weil nur zu leicht auf eine gonorrhoische Urethritis — was bei der leicht verletzlichen, chronisch entzündeten Schleimhaut nicht Wunder nehmen kann — eine nicht specifische gepfropft wurde, welche Mischinfection ich entschieden als prognostisch sehr unangenehm bezeichnen muß. Je complicirter daher unsere Behandlungsmethoden werden, je mehr die Instrumententherapie in den Vordergrund tritt, desto sorgfältiger haben wir auf Asepsis zu achten und auch bei der Beurteilung des Wertes neuer Instrumente werden wir stets in Betracht ziehen müssen, ob sie sich leicht sterilisiren lassen. Da im Uebrigen die urologische Praxis zumeist mit venereologischer verbunden zu sein pflegt, so haben wir die nicht ernst genug zu nehmende Ver-

pflichtung, jede Gefahr der Uebertragung eines Virus von Kranken auf noch nicht Erkrankte zu verhindern, wie sie durch Instrumente oder Hände vorkommen kann (cf. Zahnärzte und Hebammen). Desgleichen ist in Folge der zweifellosen facultativen Virulenz der Colibacillen für die Blase peinlichste Reinigung nach Prostatamassagen und vaginalen Untersuchungen erforderlich. Um diese zu erleichtern, bediene ich mich als Gleitmittel für den Finger nicht des Vaselins, sondern des von Schleich angegebenen Steral, welches mit Wasser emulgirt.

Es ist klar, daß sich Jeder, der auf einem neuen Gebiet thätig ist, eine eigene Technik herausbilden wird, und diese möchte ich heute kurz, ohne historische und theoretische Abschweifungen beschreiben, weil sie sich mir sehr bewährt hat. Ich darf sie um so mehr empfehlen, da ich bestrebt gewesen bin, sie möglichst einfach und für den Nichtspecialisten durchführbar zu gestalten.

Unser Interesse gilt zunächst der Asepsis des Operateurs selbst. Man wird es nach dem eben Geäußerten begreiflich finden, daß ich sofort nach ihrem Bekanntwerden die vereinfachten Methoden Schleich's nachgeprüft habe, zu deren überzeugten Anhängern ich mich heute zähle. Für grössere Operationen combinire ich die Methode Schleich's und Mikulicz's.

Für alle kleineren Eingriffe genügt nach Schleich fließendes Wasser und Marmorseife; für den einfachen Katheterismus braucht das Wasser nicht einmal steril zu sein. Ich habe in meinem Privatbehandlungszimmer einen sehr practischen, aseptischen Waschtisch mit Kniedruckhähnen, combinirt mit einem Warmwassererzeuger (Patent Junkers), so daß ich stets über fließendes, kaltes und warmes Wasser verfüge. Die Nägel werden kurz gehalten, der Subungualraum mechanisch gesäubert und die Hände event. Unterarme kräftig mit Schleich's Ceralmarmorseife abgerieben und mehrfach abgespült. Ist eine ähnliche Waschvorrichtung nicht da, so muß für viel frisches resp. abgekochtes Wasser und eine Gießkanne gesorgt werden.

Selbstverständlich ist es unbedingt erforderlich, sich auch nach vollzogenem Eingriff ebenso zu säubern, denn wie Schleich richtig bemerkt, muß ein Chirurg, wenn er sich die Asepsis erleichtern will, immer sauber sein.

Schwieriger ist schon die Asepsis des Kranken. In operativen Fällen resp. bei größeren unblutigen Eingriffen wird man gut thun, die ganze Unterbauch-, Leisten-, Damm- und Aftergegend mit Marmorseife gründlich zu säubern und mit Sublimatlösung abzuspülen.

Beim einfachen Katheterismus streife ich das Präputium zurück, entferne reichliches Sebum mit einem Aether- resp. Benzintampon, seife

gründlich mit flüssiger Kaliseife und spüle mit Sublimatlösung ab. Das Orificium selbst reibe ich gründlich mit einem Sublimattampon.

Fast noch sorgfältiger muß man natürlich beim Katheterismus des Weibes vorgehen. Man lasse vorher die Scheide mit Sodalösung reichlich spülen, seife den Introitus und die Vulva kräftig mit Marmorseife und reibe mit einem Sublimattampon Clitoris, kleine Labien und Harnröhrenwulst ab.

Mein Urteil über die bei aller theoretischen Begrenzung practische Durchführbarkeit einer Harnröhrensterilisation habe ich schon oben vorweggenommen. Ich möchte es als unbedingt ausreichend hinstellen, wenn die Urethra anterior mit einer dünnen Lösung von Kaliumpermanganat gespült wird. Ich bediene mich zu diesem Zweck meiner schon seit fast fünf Jahren in Gebrauch befindlichen, wenn auch erst 1898[2]) beschriebenen, doppelläufigen Spülcanüle und lasse vor jedem beträchtlicheren operativen Eingriff $^1/_2$—1 l Flüssigkeit durchlaufen. Bei dem einfachen Katheterismus zum Zweck der Blasenentleerung halte ich diese Vorausspülung nicht für nötig, da man durch nachträgliche Blasenspülung Keime mechanisch entfernen kann; nur bei Blasen mit tabider oder sonstiger centraler Functionsstörung und Prostatahypertrophie, sowie bei frischen Fällen von Tuberculose, wo die Mischinfection sehr verhängnisvoll wird, ist Vorsicht am Platze.

Im Uebrigen war es immer mein Bestreben, die Einführung von Instrumenten stets auf das Mindestmaß zu beschränken; so bediene ich mich, und zwar mit dem besten Erfolge, zur Behandlung der Cystitis im Anschluß an Gonorrhoe, welche nach meinen genauen Untersuchungen stets mit einer Urethritis totalis event. Prostatitis vergesellschaftet ist, der von mir modificirten Methode nach Janet mittelst der doppelläufigen Canüle.

Muß man Instrumente einführen, so ist fraglos die Sterilisation dieser eine Conditio sine qua non für ein sicheres Gelingen der Therapie.

Die Metallinstrumente sind außerordentlich leicht durch Auskochen in Sodalösung zu sterilisiren: ich bediene mich dazu eines Fischkochers für Katheter und Sonden; für kleinere Instrumente (Tropfspritze nach Ultzmann, Spülkatheter nach U. etc.) eines kleinen schnell arbeitenden Sterilisators für Ohrinstrumente. Das einzige nicht auskochbare Instrument ist das Cystoskop; dieses sterilisire ich zwei Stunden in Carbollösung (5proc.) und spüle in sterilem Wasser ab. Weit schwieriger ist natürlich die Sterilisation der Gummi- und Lackinstrumente und ein befriedigendes Ergebnis liefert meines Erachtens nur die Sterilisation in strömendem Wasserdampf.

[2]) Verhandlungen der deutschen dermatol. Gesellschaft. Straßburg 1898.

Es ist wohl notwendig, daß ich die Gründe auseinandersetze, aus denen ich diese complicirtere Methode der scheinbar so einfachen Formalinanwendung vorgezogen habe, um so mehr, als dieselbe wegen dieses angeblichen Vorzuges verhältnismäßig große Verbreitung gefunden zu haben scheint. Frank, der eifrige Verfechter dieser Methode, will

1. nach 24 Stunden (neuerdings mit Trioxymethylen noch in kürzerer Frist) Keimfreiheit erzielt haben. Diesen Angaben stehen die von Philipp gegenüber, welcher nach 96- bis 168stündiger Einwirkung noch Virulenz der Milzbrandfäden nachweisen konnte, sowie die Mißerfolge eines so gewissenhaften Untersuchers, wie R. Schäffer, bei der Catgutsterilisation.

2. F. will niemals Reizerscheinungen gesehen haben. Das ist vielleicht richtig, wenn der Katheter vorher ideal über Chlorcalcium getrocknet war. Ich selbst habe diese Trocknung in 12—24 Stunden nie erzielen können und stets — besonders natürlich dort, wo ich auf sie überhaupt verzichtete — mehr oder minder heftiges und anhaltendes Brennen resp. Reizungseiterung beobachtet.

3. Nach F. sollen die Instrumente sehr geschont werden. F. hat sie selbst nach acht Monaten ungeschädigt gefunden. Ich muß hingegen behaupten, daß selbst bei größter Sorgfalt nach 3 bis 4 Wochen an sämtlichen Instrumenten die Lackschicht stark klebte und die Elasticität sehr herabgesetzt war; wenig gebrauchte Instrumente waren nach acht Wochen so weich und brüchig, daß sie ohne Gefahr nicht hätten benutzt werden können.

4. Zu guterletzt ist die Methode unter diesen Umständen weder billig noch einfach, denn bei einigermaßen größerem Bedarf sind sehr viele Gefäße und ein großer Vorrat von Instrumenten nötig.

Dem gegenüber ist die Dampfsterilisation

1. sehr rasch und absolut sicher; in 7—10 Minuten hat man Keimfreiheit erzielt;

2. bedarf es keiner besonderen Vorbereitungen;

3. werden die Instrumente, wenn man genau so verfährt, wie ich weiter unten angeben werde, durchaus nicht vorzeitig unbrauchbar. Der beste Beweis ist der, daß ein alter Patient seit mehreren Jahren in einem ganz primitiven Apparat, den ich ihm anfertigen ließ, Katheter der Firma Paech (Preis 1 Mk.) 30—45 Tage sterilisiren konnte, ehe ich sie kassiren mußte, und das geschah selbstredend so früh als irgend nötig.

Der Fortschritt, welchen ich gegenüber Kutner gemacht habe, beruht sowohl in der Einfachheit des Apparates selbst als besonders in der wichtigen Thatsache, daß mir die Erfindung einer sterilen Einzelaufbewahrung gelungen ist.

Grosser Apparat für mehrere Instrumente für Specialisten und Kliniken.[3])

Dieser Apparat ist eine Vervollkommnung meines im Jahre 1898 veröffentlichten Dampfsterilisators und stellt sich äußerlich wie dieser als ein cylindrisches, sich nach unten conisch erweiterndes Metallmantelgefäß dar, welches oben dampfdicht verschließbar (m) ist. Der eigentliche Sterilisator, ein cylindrisches Gefäß, hängt in dem Dampfkessel. In das Innere dieses Cylinders wird ein Gestell hereingeschoben, welches aus einem langen Metallstab (i) besteht, der drei parallele und concentrische Scheiben trägt, von denen die untere theesiebartig durchbohrt ist, die oberen mit sechs kreisrunden Löchern versehen sind, um sechs Glasröhren aufzunehmen. Den Verschluß bildet ein breiter Stopfen, welcher von sechs kurzen, spitz-conisch ausgezogenen Glasröhrchen durchbohrt ist; an diesen hängen die Katheter in die Glasröhren senkrecht hinunter, so zwar, daß der Stärke der Katheter auch das Kaliber der Röhren entspricht. Um ein Anbacken der Katheter an die erhitzte Glaswand auszuschließen, ist für eine genaue centrale Einstellung Sorge getragen; der Dampf ist nun gezwungen, folgenden Weg zu nehmen: er füllt zunächst den Raum aa bis unter den Deckel (m), dringt durch die Röhrchen e in das Innere der Katheter, tritt zum Katheterauge heraus, füllt den Raum dd, so daß sowohl die Außenfläche der Katheter als auch die Glasröhren steril werden, und verläßt den Apparat durch den Schornstein k, welcher im Deckel m durch den Stopfen h dampfdicht befestigt ist.

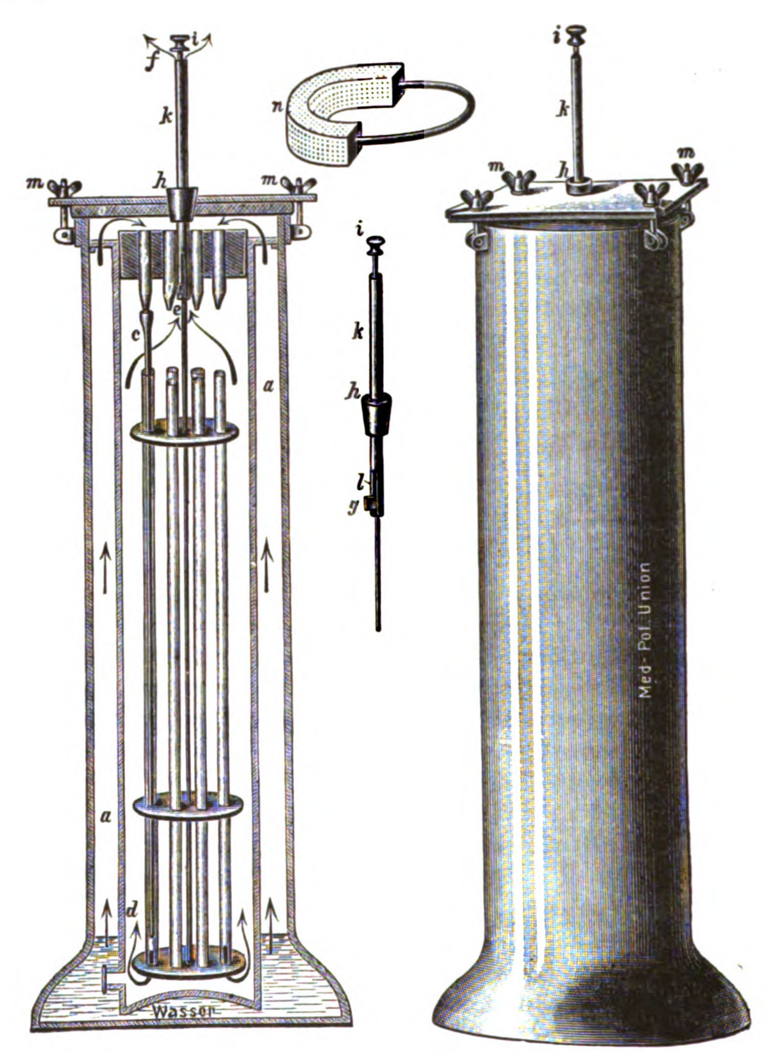
Es sind stets sämtliche Röhren zu beschicken oder sonst die entsprechenden Dampfzuleitungsröhrchen zu verstopfen und für dampfdichten Abschluß sowie genaues Passen der Stopfen zu sorgen, dann zeigt das Thermometer im Innern stets mehr als 100° C. an. Sterilisationsdauer 7—10 Minuten.

Das Körbchen n ist unterhalb des Deckels befestigt (desgl. eine Pincette) und enthält Stopfen aus Tupfermull, welche gleichzeitig sterilisirt werden und zum Verschluß der Röhren dienen.

Um eine exacte Sterilisation und möglichste Schonung zu erzielen, verfahre man nach folgendem Schema:

[3]) Anfertigung durch die Firma Lentz & Co., medicin.-polytechnische Union, Ziegelstr. 3.

1. Abseifen, Durchspritzen und Abspülen der gebrauchten Katheter mit kaltem Wasser, Trockenreiben und Durchpusten mit trockener Spritze.



2. Beschicken des Sterilisators, genaues Centriren.

3. Einhängen des Sterilisators in den Kessel, wenn das Wasser kocht.

4. Sterilisationsdauer 7—10 Minuten, von dem ersten Auspuffen

des Dampfes durch den Schornstein an gerechnet. (Cave: Dampfkochung der Katheter durch zu langes Sterilisiren.)

5. Sofortige Herausnahme des Gestells (man schützt sich vor Verbrennung durch ein feuchtes Handtuch), da bei längerem Stehen sich Wasser auf den Kathetern und Röhren niederschlägt; man legt das Gestell horizontal, nachdem man sofort nach dem Abheben des Stopfens mit der Pincette die Katheter von den Leitungsröhren abgezogen und in die Glasröhren gesenkt hat. Nun werden mit der Pincette die Abschlusstampons in Röhren gesteckt, womit die Procedur beendet ist.

Bougies werden zur Sterilisation einfach in die Glasröhren hineingesteckt. Man überzeugt sich vor dem Einstopfen der Tampons durch Ziehen mit der Pincette, ob die Instrumente an der Glaswand haften.

Die Aufbewahrung der Röhren geschieht in einem Kasten; die Firma Lentz & Co. (medicin.-polytechnische Union) fertigt auch ein elegantes Gestell aus Metall. Ich habe mich auf Anraten des Herrn Collegen Lohnstein im letzten Jahre ausschließlich der sehr preiswerten Katheter von Porgès bedient, welche ich wirklich warm empfehlen kann.

Es bleibt noch übrig, das aseptische Vorgehen beim Act der Einführung selbst zu besprechen. In erster Linie kommt da die Anwendung eines aseptischen Gleitmittels in Frage, und hier bin ich ebenfalls ebenso einfach wie rigoros; ich verwende nur Glycerin anhydr. (selten Oel), welches in langen, unten zugeschmolzenen, oben mit Stopfen versehenen Glasröhren resp. breiten Einmachegläsern sterilisirt wird. Ich tauche die Instrumente ein, da man so eine gleichmäßige Verteilung des Gleitmittels und ausreichende Schlüpfrigkeit erzielt. So wird jene Manipulation überflüssig, welche man in früheren Zeiten beliebte, nämlich die Verteilung mittelst des Zeigefingers und Daumens, die ich nur mit einem gelinden Schauder auch jetzt noch bei jüngeren Collegen beobachte, besonders dann, wenn sie mit demselben oberflächlich gereinigten Zeigefinger soeben die Palpation der Prostata vorgenommen haben. Von Pommades bin ich ganz abgekommen; die aseptischen sind eigentlich antiseptisch und reizen, die nicht reizenden sind nicht aseptisch.

Ich verfüge jetzt bezüglich der exacten Asepsis über eine mehrjährige Erfahrung, mein neuer Apparat functionirt seit mehr als einem Jahre; ich kann daher mit gutem Grund den Collegen nur an's Herz legen, mein Verfahren zu prüfen, dann bin ich sicher, dass sie es adoptiren. Herr Dr. Lohnstein, welcher meinen Versuchen das liebenswürdigste collegiale und fachmännische Interesse entgegenbrachte, hat sich in seiner umfangreichen Praxis von den Vorzügen

meiner Methode vollauf überzeugt und wiederholt bedingungslos anerkennend geäußert; ich fühle mich verpflichtet, ihm dafür bei dieser Gelegenheit meinen besten Dank auszusprechen.[4])

Litteratur.

Delagénière: Sterilisation des sondes en gomme etc. Progrès med. 1889, XVII, pag. 295.

Poncet: Asepsie de diverses variétés de sondes etc. Lyon médical 1889.

Guyon: Bulletin médical, 1. Mai 1889.

Curtillet: Desinfection et asepsie des sondes etc. Bulletin médical 1890, pag. 230.

Albarran: Recherches sur l'asepsie dans le cathetérisme. Annales des maladies des organes génito-urinaires, janvier 1890, pag. 45.

Rovsing: Blasenentzündungen. 1890.

Englisch: Der Katheterismus. Wiener Klinik 1887.

C. Schimmelbusch: Anleitung zur asept. Wundbehandlung. 2. Aufl. 1893.

Kutner: Die Handhabung der Asepsis und Antisepsis bei Harnleiden. 1892.

Kutner: Technik und practische Bedeutung der Asepsis. 1897.

Grosglik: Wiener Klinik 1896, Heft 4 u. 5.

Georg J. Müller: Verhandlungen der deutschen dermatol. Gesellschaft zu Straßburg 1898.

Posner und Frank: Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 26. Congreß 1897.

Schleich: Neue Methoden der Wundheilung. 1899.

Frank: Ueber elastische Katheter. Centralblatt f. Harnorgane 1897, No. 1.

Frank: Weitere Mitteilungen über Kathetersterilisation.

Schäffer: Catgutsterilisation. Berliner klin. Wochenschrift 1896, No. 30.

---

[4]) Es folgt ein Nachtrag über einen eben in Arbeit befindlichen, sehr einfachen Sterilisator für Kranke und Landärzte.

Beitrag zum Studium der Harninfection und insbesondere zur Aetiologie und zur Behandlung der Cystitis.

Von

Dr. **M. Gonzalez Tanago** in Madrid.

Eine der wichtigsten Fragen auf dem Gebiet der Krankheiten der Harnwege, welche in den letzten Jahren die Vertreter des Specialfaches der Urologie in hohem Maße beschäftigten, ist die Frage der Aetiologie der infectiösen Erkrankungen der Harnwege und folglich der Cystitis, weil es gegenwärtig mit absoluter Sicherheit angenommen wird, daß Cystitiden nichts anderes sind, als infectiöse Erkrankungen der Harnblase, und daß ohne Mikroorganismen eine suppurative Entzündung dieses Organs überhaupt nicht zu Stande kommt.

Zwar steht es fest, daß es eine Anzahl sehr irritativer Substanzen giebt, welche, wie z. B. die Canthariden, bei Elimination durch die Nieren die Schleimhaut des gesamten Harntractus, ganz besonders die der Harnblase, in einen bedeutenden Reiz- oder catarrhalischen Zustand versetzen können; es ist aber andererseits auch sicher, daß es sich hierbei nicht um eine wirkliche Cystitis, sondern nur um einen event. mit Desquamation verbundenen Congestionszustand sämtlicher Harnorgane, von den Nieren bis zur Harnblase, handelt, der allerdings zur Acquisition einer Infection in hohem Maße prädisponirt.

Dasselbe gilt auch für Erkältungen und überhaupt für alle diejenigen Momente, welche eine Congestion der Beckenorgane hervorrufen. So können weder Canthariden, noch Toxine, welche bei Infectionskrankheiten mit dem Harn zur Ausscheidung gelangen, noch Alcoholica, noch Erkältungen, noch Harnblasensteine als directe Ursachen der Cystitis betrachtet werden, sondern nur als Momente, welche der Ent-

wicklung einer Cystitis in dem Sinne Vorschub leisten, daß sie Congestion und sonstige Schädigung der Schleimhaut bedingen und dadurch günstige Verhältnisse für Invasion und Entwicklung von Infectionskeimen schaffen. Von dem Standpunkte ausgehend, daß die Cystitis eine Infectionskrankheit ist, hat man vor Allem zu ergründen gesucht, welche Krankheitskeime die Urheber von Cystitis sein können, ferner, unter welchen Bedingungen sich diese Krankheitskeime entwickeln und schließlich, welche Mittel angewendet werden müssen, um einerseits die Krankheitskeime zu vernichten und andererseits die krankhaften Veränderungen der Gewebe zu beseitigen.

Es liegt nicht in meiner Absicht, über sämtliche bacteriologischen Untersuchungen zu berichten, welche verschiedene Autoren mit inficirten Harnen ausgeführt haben, um die Natur sämtlicher bei Cystitis gefundener Infectionskeime festzustellen. Diejenigen Leser, welche sich für diese Frage besonders interessiren, finden eine ausgezeichnete und fast vollständige geschichtliche Uebersicht der erwähnten bacteriologisch-urologischen Studien in einer Denkschrift, welche dem im vergangenen Herbst in Paris stattgefundenen 3. Congreß der französischen urologischen Gesellschaft vorgelegt und vor der Versammlung durch die französischen Specialisten Albarran, Legrain und Hallé verlesen wurde. Ich will nur darauf hinweisen, daß, seitdem Prof. Thorkild Rovsing im Jahre 1890 seine erste Arbeit veröffentlicht hat, das Feld der einschlägigen Forschung von zwei diametral sich gegenüberstehenden Ansichten beherrscht wird, deren Anhänger sehr beachtenswerte, sowohl klinische wie auch experimentelle Untersuchungen veröffentlicht und in gleicher Weise zur Erforschung der Aetiologie, Pathogenese und Behandlung der Krankheiten der Harnwege beigetragen haben. Rovsing ist der Ansicht, daß sämtliche Cystitiden mit ammoniakalischem Harn einhergehen und daß es für das Zustandekommen einer Entzündung der Harnblase durchaus notwendig sei, daß der Harnstoff durch Mikroorganismen zersetzt werde. Er betont ausdrücklich, daß nur der Koch'sche Bacillus ausnahmsweise Cystitis mit saurem Harn zu erzeugen vermöge. Von diesem Standpunkt ausgehend, unterscheidet er catarrhalische Cystitiden mit ammoniakalischem Harn, suppurative Cystitiden mit ammoniakalischem Harn und Cystitiden mit saurem Harn. Die beiden ersteren Formen kommen zu Stande, je nachdem die harnstoffzersetzenden Bacterien pyogen sind oder nicht, während Cystitiden mit saurem Harn, wie gesagt, ausschließlich durch den Koch'schen Bacillus verursacht werden sollen. Die Rovsing'sche Lehre, welche von den meisten deutschen Autoren acceptirt wurde, wurde auf der anderen Seite von so hervorragenden Autoren wie

Krogius[5]), Barlow[6]) und Melchior[7]), sowie auch von anderen, weniger bekannten Autoren angefochten. Die Gegner Rovsing's suchten an der Hand zahlreicher experimenteller und klinischer Untersuchungen den Beweis zu führen, daß die von ihm vorgeschlagene Classification der Cystitiden keine exacte sei, schon aus dem Grunde, daß bei Weitem nicht bei sämtlichen Cystitiden der Harn ammoniakalisch sei und es im Gegenteil sehr viele Cystitiden mit saurem Harn gebe, welche durch den Bacillus coli hervorgerufen werden, während die ammoniakalische Zersetzung des Harns eine Erscheinung sei, der in der Aetiologie der Cystitis die ihr von Rovsing beigegebene Bedeutung durchaus nicht zukomme. In einer zweiten, im Jahre 1897 erschienenen Publication (Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infectiösen Krankheiten der Harnorgane) bekämpft Thorkild Rovsing nach Rechtfertigung seiner im Jahre 1889 veröffentlichten Classification der Cystitiden die Behauptung Guyon's, daß der Bacillus coli das specifische Agens der Harninfection und daß folglich die Zersetzung des Harnstoffes eine bei Cystitis belanglose Erscheinung sei, und schildert hierauf folgende, seit 1890 von ihm beobachtete 126 Fälle von Harninfection: 22, die durch den Bacillus coli herbeigeführt worden waren und von ihm in einem Capitel Bacteriurie vereinigt werden; 21 Fälle von Pyelitis ohne Cystitis, von denen 19 gleichfalls das Bacterium coli aufwiesen; 11 Fälle von Pyelitis, complicirt mit Cystitis, die mit ammoniakalischem Harn einhergingen und in denen er nur ein einziges Mal das Bacterium coli mit anderen Mikrobienarten vergesellschaftet fand; 3 Fälle von Pyelitis, complicirt mit Cystitis, von denen zwei durch den Koch'schen und einer durch den Typhusbacillus herbeigeführt worden war; 6 Fälle von Cystitis catarrhalis ammoniacalis, in denen die Cystitis durch harnstoffzersetzende Bacterien ohne pyogenes Vermögen erzeugt worden war; 13 Fälle von Cystitis suppurativa ammoniacalis, in denen er das Bacterium coli mit anderen Microbien vergesellschaftet fand; 37 Fälle von Cystitis suppurativa ammoniacalis, in denen das Bacterium coli nicht gefunden wurde; schließlich 16 Fälle von Cystitis suppurativa acida, die durch eine Reihe verschiedener pyogener Microbien veranlaßt worden waren: in 5 Fällen waren es Tuberkelbacillen, in 1 Fall Typhusbacillen, in 4 Fällen Gonokokken, 3mal allein und 1mal zusammen mit dem Bacterium coli. Das Bacterium coli wurde

---

[5]) Recherches bactériologiques sur l'infection urinaire. Helsingfors 1892.
[6]) Beitrag zur Aetiologie, Prophylaxe u. Therapie der Cystitis. Praga 1892.
[7]) Cystitis et infection urinaire 1893.

4mal gefunden, davon 1mal in Reincultur; der Streptococcus pyogenes in 2 Fällen und endlich der Diplococcus aureus 1mal in Reincultur.

Aus den an den oben angeführten Fällen angestellten Studien leitet Thorkild Rovsing folgende Schlüsse ab:

1. Es giebt eine catarrhalische, nicht suppurative Affection der Schleimhäute in den Harnwegen, die von einem ammoniakalischen, durch nicht pyogene, harnstoffzersetzende Bacterien hervorgerufenen Zustand des Harns herrührt.

2. Jede pyogene Bacterie kann eine suppurative Cystitis hervorrufen, wenn sie entweder in eine Verletzung der Schleimhaut eingeimpft oder metastatisch in dieselbe abgelagert wird; aber die große Mehrzahl der Cystitisfälle wird durch harnstoffzersetzende pyogene Mikrobien verursacht.

3. Das Bacterium coli ist eine Mikrobienart, welche man am häufigsten in den Harnwegen antrifft. In den meisten Fällen (in den Bacteriurien) verursacht es eine gutartige, fast unschädliche Infection; in einer recht bedeutenden Anzahl von Fällen ruft das Bacterium coli eine gewöhnlich leichte und gutartige suppurative Pyelitis hervor; in seltenen Fällen kann es eine Cystitis und Nephritis veranlassen.

Es ergiebt sich also aus dem Vorstehenden, daß Rovsing sich im Widerspruch mit Albarran, Hallé, Guyon, Krogius und Melchior befindet, welche behaupten, daß das Bacterium coli dasjenige Agens sei, welches am häufigsten die Ursache von Erkrankungen der Harnwege ist und gerade die gefährlichsten Krankheitsprocesse im Harnsystem hervorrufe, daß das Bacterium coli mit einem Worte selbst den Tod herbeizuführen vermöge.

Im Jahre 1898 haben Melchior, Albarran und Hallé in den „Annales des maladies des organes génito-urinaires" die Lehre Rovsing's angegriffen, die beiden Letzteren auch auf dem dritten französischen Urologencongreß, welcher im October 1898 stattgefunden hatte. In der zweiten Publication Rovsing's kann man schon die Wahrnehmung machen, daß der Autor anerkennt, daß es nicht der Koch'sche Bacillus allein ist, der Cystitiden mit saurem Harn erzeugt, sondern daß es eine Anzahl anderer Bacterien giebt, welche, ohne den Harnstoff zu zersetzen, die bezeichnete Affection gleichfalls herbeizuführen vermögen. Bezüglich der catarrhalischen Cystitis stimme ich mit Melchior, Hallé und Albarran überein, welche diejenigen Fälle, in denen keine Eiterkörperchen gefunden werden, nicht als Cystitiden, sondern nur als Bacteriurien betrachten; was nun diejenigen Fälle betrifft, in denen nur vereinzelte Eiterkörperchen gefunden werden, so bin ich der Meinung,

daß es sich in denselben um nichts Anderes, als um leichte Cystitis handelt; jedenfalls liegt kein Grund vor, eine neue Gruppe von Cystitiden aufzustellen.

Herr Dr. Rovsing erwies mir die Ehre, in seinem Buch den von mir im März 1895 in der Revista Clinica veröffentlichten Aufsatz: „Beitrag zum Studium der Aetiologie der Cystitis“ zu citiren, wofür ich ihm außerordentlich dankbar bin. Herr Dr. Rovsing hat aber zweifellos meinen Aufsatz nicht im Original gelesen, denn es befinden sich darin, was er über denselben sagt, einige Irrtümer.

Dieser Umstand veranlaßt mich, die wichtigsten Punkte des bezeichneten Artikels an dieser Stelle zusammenfassend wiederzugeben und gleichzeitig die von mir neuerdings beobachteten Fälle zu beschreiben, welche in Folge besonderer Umstände nicht so zahlreich sind, wie ich es gewünscht hätte.

Aus meinem im Jahre 1895 veröffentlichten Artikel ist zu ersehen, daß ich es bei Entnahme von Urin von den Kranken an Vorsichtsmaßregeln nicht habe fehlen lassen, wie es mir Rovsing wiederholt vorwirft. Ich sage in jenem Artikel ausdrücklich: „Ich sammelte den Urin stets unter denjenigen Vorsichtsmaßregeln, die zur Gewinnung aseptischen Harns vorgeschrieben sind. Nach Abspülung der Glans und des Meatus bei Männern bezw. der Harnröhrenöffnung bei Frauen mit Sublimatlösung und nach Application einer fünf Minuten andauernden Harnröhrenirrigation mit Borwasser nahm ich nach vorheriger gründlicher, bei Operationen üblicher Desinfection meiner Hände eine sterilisirte Sonde, tauchte dieselbe in abgekochtes Glycerin, führte sie hierauf in die Harnblase ein und ließ den Kranken in sterilisirte Gefäße Urin lassen. Unmittelbar nach Gewinnung des Harns legte ich auf Agar-Agar und Gelatine in Petri'schen Schalen Culturen an, machte Färbungsversuche, prüfte die Reaction des Harns, sein specifisches Gewicht, untersuchte den Harn auf Eiweiß, Blut, Krystalle u. s. w.“

Im Nachstehenden lasse ich nun einen kurzen Bericht über 11 Fälle folgen, welche ich in meinem oben erwähnten Aufsatz von 1895 ausführlich geschildert habe.

Erste Beobachtung: Durch Proteus vulgaris hervorgerufene Cystitis. Der betreffende Patient begann nach überstandener Operation der Urethrotomia interna über heftige, am Schlusse der Harnentleerung sich einstellende Schmerzen, sowie über häufigen, sowohl am Tage, wie auch des Nachts auftretenden Harndrang zu klagen; gleichzeitig bemerkte er, daß der Harn sehr trübe wurde. Als der Patient mich consultirte, waren seit Beginn der Erkrankung bereits vier Monate vergangen. Ich constatirte eine sehr empfindliche, contractile Strictur, welche die Sonde No. 16 passiren ließ. Der mittelst Sonde entleerte Harn war trübe, bluthaltig, von alkalischer

Reaction und hatte einen ausgesprochenen, sogar sehr intensiven ammoniakalischen Geruch; die mikroskopische Untersuchung des Harnes ergab in demselben zahlreiche Eiterkörperchen, Blutkörperchen, Phosphatkrystalle und sehr bewegliche Bacillen, die sich nach Gram entfärbten.

Die Prostata war schmerzhaft, aber nicht vergrößert. Der Kranke urinirte häufig, hatte Schmerzen am Schlusse einer jeden Miction, desgleichen bei der Defäcation, bei der sich aus der Harnröhre gewöhnlich eine dicke Flüssigkeit entleerte, und klagte auch über rectale Tenesmen.

Der unter den oben beschriebenen Vorsichtsmaßregeln gesammelte und untersuchte Harn enthielt Proteus vulgaris in Reincultur und verbreitete einen äußerst üblen Geruch.

Gelatine wurde von dem isolirten Mikroorganismus rasch verflüssigt und milchig gefärbt.

Auf Bouillon bildete derselbe sowohl auf der Oberfläche, wie auch auf dem Boden des Nährmediums zahlreiche dicke Membranen.

Milch coagulirte er in drei Tagen.

Harn wurde von demselben in zwei Tagen zersetzt.

In Agar-Agar bildete er auf dem Boden des Gefäßes Gasblasen.

(Sowohl in diesem, wie auch in den übrigen Fällen sterilisirte ich den Harn nach der Methode der refractären Sterilisation, indem ich den Harn drei Tage hintereinander täglich je eine Stunde der Wirkung einer Temperatur von 63° aussetzte. Es gelang mir auf diese Weise, ein Ausfallen der Phosphate zu vermeiden, welches eingetreten wäre, wenn ich den Harn durch Dampf sterilisirt hätte. Daß sämtliche Geräte vor dem Gebrauch auf das Sorgfältigste sterilisirt wurden, darauf brauche ich kaum besonders hinzuweisen.)

Die Behandlung bestand in systematischer Dilatation der Harnröhre und Instillationen mit Argentum nitricum-Lösungen behufs Linderung der Schmerzen bei der Miction. In die vorgeschlagene Urethrotomie willigte der Patient nicht ein, und er entzog sich, nachdem seine Cystitis und Prostatitis sich gebessert hatten, der weiteren Behandlung.

Zweite Beobachtung: Fall von durch Bacillus coli hervorgerufener Cystitis. Derselbe betrifft eine 36jährige verheiratete Frau, welche angab, seit vier Monaten an am Schlusse der Miction sich einstellenden Schmerzen zu leiden, sowohl am Tage, wie auch des Nachts häufig uriniren zu müssen, noch niemals sondirt worden zu sein, und zwar trüben, aber nicht blutigen Harn zu entleeren.

Status praesens: Harn sauer, geruchlos, rosafarben, trübe, von 1023 specifischen Gewichts mit geringer Eiterbeimengung. Die mikroskopische Untersuchung des Harns ergab Eiterkörperchen und sehr bewegliche Bacillen, welche sich nach Gram entfärbten. Bei der Anlegung von Gelatineplattenculturen erhielt ich nur eine Bacillenart, welche sämtliche Eigenschaften des Colibacillus besaß, indem sie sich nach Gram entfärbte und Harn nicht zersetzte; so behielt eine Harnportion, auf welche dieser Bacillus verimpft war, ihre saure Reaction zehn Tage lang.

Bouillon, mit dem isolirten Bacillus beschickt, zeigte nach 24 Stunden Trübung und einen Niederschlag, der beim Schütteln des Gefäßes in die Höhe stieg, jedoch keine dichten Membranen; auch blieb die Bouillon geruchlos.

Auf Agar-Agar bildete der Bacillus eine weiße Decke, in manchen Reagensgläschen bildete er Gasblasen.

Milch coagulirte er in 24 Stunden.

Auf Kartoffelscheiben erzeugte der Bacillus einen grauen Belag.

Der Patient wurde durch Argentum nitricum-Instillationen von 1:50 und durch innerlichen Gebrauch von Salol innerhalb eines Monats geheilt.

Dritte Beobachtung. Fall von durch Proteus hervorgerufener Cystitis. Derselbe betrifft einen 23jährigen jungen Mann mit sowohl in Bezug auf venerische Krankheiten, wie auch auf erbliche Belastung vollständig freier Anamnese. Er gab an, seit einem Jahre häufig uriniren zu müssen, trüben, übelriechenden, jedoch blutfreien Harn zu entleeren, am Schlusse einer jeden Miction Schmerzen zu haben und bereits mehrfach resultatlos sondirt worden zu sein.

Zu der Zeit, zu der er mich consultirte, mußte der Patient stündlich uriniren, und zwar unter heftigen Schmerzen am Schlusse des Mictionsactes; der Harn war sehr trübe, zeigte einen weißlichen Niederschlag, reagirte sauer und roch sehr schlecht. Die mikroskopische Untersuchung des Harns förderte einen sehr beweglichen Bacillus und einen Coccus zu Tage, der sich nach Gram entfärbte, ferner reichliche Eiterzellen, aber weder Blut, noch Krystalle.

Die Prostata war empfindlich, sie zeigte aber keine Verhärtungen; dagegen bestand eine kleine Verhärtung im linken Nebenhoden.

Die rechte Niere erwies sich bei der Palpation als etwas schmerzhaft.

Die Pars membranacea urethrae war gleichfalls etwas empfindlich, aber frei von Stricturen.

Durch Anlegung von Plattenculturen gelang es, einen Mikroorganismus zu isoliren, der sich als mit demjenigen des ersten Falles identisch, d. h. als Proteus vulgaris in Reincultur erwies. Auf Harn verpflanzt, zersetzte er denselben.

Die Behandlung bestand in Instillationen und Ausspülungen mit Sublimatlösung, durch welche der Zustand des Patienten gebessert wurde; der Patient entzog sich jedoch der Behandlung, bevor die Heilung eine vollständige war.

Trotz wiederholter Untersuchungen war es mir in diesem Fall nicht gelungen, Koch'sche Bacillen nachzuweisen.

Vierte Beobachtung. Harnröhrenstrictur. Durch Bacterium coli hervorgerufene Cystitis. Urethritis. Dieser Fall betrifft einen 31jährigen unverheirateten Mann, der bereits mehrere Gonorrhoen durchgemacht hatte und seit einem Jahre, nämlich seit der zuletzt überstandenen Gonorrhoe, trüben Harn entleerte, der am Schluß einer jeden Miction mit Blut untermischt war.

Der Patient kam in meine Behandlung am 8. Mai 1894. Er mußte des Tages sehr häufig, des Nachts zweimal uriniren und entleerte am Schluß des Mictionsactes unter Schmerzen eine geringe Quantität Blut. Der Harn, der, wie immer, mittelst Sonde nach vorheriger sorgfältiger Ausspülung der Urethra anterior entnommen wurde, war trübe, ohne jedoch größere Eiterquantitäten zu enthalten, und von rötlicher Farbe; was aber Geruch und Reaction des Harns betrifft, so waren dieselben inconstant: an manchen Tagen war der Harn sauer und geruchlos, an manchen dagegen reagirte er alkalisch und hatte ammoniakalischen Geruch. Die mikroskopische Untersuchung des Harns ergab Eiterkörperchen, einige sehr bewegliche Diplokokken und einen kleinen Coccus; sowohl die einen, wie der andere entfärbten sich nach Gram.

In der Harnröhre bestand eine für Sonde No. 23 durchgängige Strictur in der Pars bulbosa; der Patient war, bevor er in meine Behandlung kam, bereits mehrfach sondirt worden.

Durch das Culturverfahren gelang es mir zwar, nur den Bacillus coli zu isoliren; ich zweifle aber nicht, daß der Harn auch andere Mikrobienarten enthielt, weil derselbe, wie gesagt, mehrmals ammoniakalisch war.

Behandlung. Dilatation der Strictur, bis die Urethra für Sonde No. 58 durchgängig war; ferner Ausspülung mit Arg. nitricum, bis Besserung eintrat. Letztere stellte sich nach $1^1/_2$ Monaten ein und äußerte sich darin, daß der Harn fast vollständig klar wurde, der Patient des Nachts nur einmal urinirte, kein Blut mehr entleerte und keine Schmerzen empfand.

Fünfte Beobachtung. Urethritis anterior et posterior. Durch Diplococcus pyogenes liquefaciens hervorgerufene Cystitis. Der Fall betrifft einen unverheirateten Mann, der, vor acht Monaten eine Gonorrhoe acquirirt hatte und einige Zeit darauf an einer Epididymitis unter Fortbestehen des Harnröhrenausflusses erkrankte. Trotz energischer Behandlung stellte sich bei dem Patienten äußerst lästiger Harndrang ein, so daß er sowohl am Tage, wie auch des Nachts sehr häufig uriniren mußte; der Harn war trübe, manchmal mit Blut untermischt; am Schluß des Mictionsactes empfand der Patient bisweilen ein Gefühl von Brennen in der Harnröhre. Der Patient gab an, noch niemals sondirt worden zu sein.

Als der Patient in meine Behandlung kam, bestand noch immer Ausfluß aus der Harnröhre; derselbe enthielt einen Coccus, der um die Eiterkörperchen herum lag, dem Gonococcus ähnlich war und sich nach Gram entfärbte. Der mittelst Sonde entleerte Harn war trübe, sauer, geruchlos, enthielt eine geringe Anzahl Eiterkörperchen, einige rote Blutkörperchen, Oxalatkrystalle, kein Eiweiß, schließlich einen nach Gram sich entfärbenden Diplococcus, der, auf ein Nährmedium verpflanzt, in Reincultur wuchs. In Bouillon erzeugte er eine, wenn auch keine besonders starke Trübung. Auf Agar-Agar bildete der Diplococcus weiße, isolirt liegende Colonien.

Gelatine verflüssigte er langsam, in derselben Colonien in Form eines Trichters und auf deren Oberfläche solche in Form einer weißen Decke bildend. In 20 Tagen war der Verflüssigungsproceß der Gelatine zu Ende,

wobei dieselbe zuerst eine milchig-weiße, dann eine rötliche Färbung zeigte. Was die Consistenz der Gelatine betrifft, so blieb die letztere trotz der Verflüssigung ziemlich dicht. Der Diplococcus entfärbte sich nach Gram und, einem kleinen Kaninchen in einer Menge von 1 ccm von einer 15tägigen Bouilloncultur unter die Haut injicirt, verursachte er an der Injectionsstelle Schwellung und Rötung der Haut. Nach zwei Tagen resecirte ich den sich inzwischen gebildeten Absceß mittelst Bistouri und entleerte den Eiter, in dem ich denselben Diplococcus gleichfalls um die Eiterkörperchen herum gelagert fand.

Behandlung: Ausspülungen mit Sublimat- und hierauf mit Argentum nitricum-Lösungen, sowie Instillationen mit diesem letzteren. Heilung innerhalb eines Monats.

Sechste Beobachtung: In diesem Fall handelt es sich um eine Frau, die seit zehn Jahren an Störung der Blasenfunction leidet und bereits wegen Cystitis in einem Krankenhause behandelt worden ist. Die Patientin gab an, daß man bei ihr nach Blasensteinen gefahndet und zu diesem Zweck die Harnröhre dilatirt hatte und daß sie seit dieser Zeit den Harn nicht zu halten vermöge. Zwar besserte sich ihr Zustand bisweilen, die Besserung war jedoch stets nur eine vorübergehende. Seit acht Monaten geht bei der Patientin mit dem Urin viel Blut ab, sie muß häufig uriniren, in der Nacht tritt spontaner Harnabgang ein, am Tage verspürt sie am Schluß eines jeden Mictionsactes heftigen Tenesmus. Der Urin enthält große Blutquantitäten, er ist von ammoniakalischem Geruch und alkalischer Reaction, auf dem Boden des Gefäßes bildet er einen aus Phosphaten und dichtem Schleim bestehenden Niederschlag. Ueber spontane Schmerzen klagt die Patientin nicht, jedoch ist die Harnblasenwand bei der Untersuchung per vaginam äußerst empfindlich und die Sondirung der Harnblase schmerzhaft; letztere enthält 30 und einige Gramm sehr trüben ammoniakalischen Harns mit großen Schleimmengen, welche die Sonde verstopfen und Blut enthalten. Von Seiten der Nieren schienen keine Veränderungen vorzuliegen.

Der Harn enthielt Strepto- und Diplokokken, welche sich nach Gram nicht entfärbten, ferner Eiterkörperchen und Phosphatgries. In den angelegten Culturen wuchs eine Kokkenart mit sämtlichen für den Staphylococcus aureus characteristischen Eigenschaften, mit Ausnahme der Farbe, die mehr gelb war. Auf Agar-Agar-Culturen zeigten die Kokken zuerst eine weiße, nach Ablauf von acht Tagen jedoch eine gelbe Farbe, die sich nach Gram nicht entfärbte.

Außerdem isolirte ich aus dem Harn einen länglichen, schmalen, nur im Centrum etwas dickeren Bacillus, der sich nach Gram entfärbte und weder Harn zersetzte, noch Gelatine verflüssigte, noch Milch coagulirte und noch bei mit ihm geimpften Kaninchen Eiterung hervorrief.

Behandlung. Letztere bestand anfangs in Instillationen mit Argentum nitricum-Lösungen und bewirkte ein Verschwinden des Harngrieses, des Geruchs, sowie des Blutgehalts des Harns. Leider entzog sich die Patientin für die Dauer von 2—3 Monaten der Behandlung, und die Haemorrhagie

stellte sich in Folge dessen wieder ein. Ich führte dann einen Dauerkatheter ein, welche Maßnahme in 15 Tagen zwar eine bedeutende Besserung des Zustandes zur Folge hatte, sich jedoch als unzureichend erwies; ich machte in Folge dessen eine Auskratzung der Harnblase und hierauf innerhalb eines Monats Ausspülungen mit einer Höllensteinlösung von 1 : 300 durch den Dauerkatheter. Unter dieser Behandlung wurde der Harn fast klar, der Schleim, der Harngries, der Geruch und das Blut verschwanden aus demselben vollkommen. Nach ca. drei Monaten sah ich die Patientin wieder und fand sie auch in Bezug auf den Allgemeinzustand bedeutend gebessert.

Siebente Beobachtung. Urethritis et Cystitis gonorrhoica. Der Fall betrifft eine 47jährige, verheiratete Frau, die nach der letzten Niederkunft an Leucorrhoe erkrankte, die auf Behandlung mit heißen Scheidenspülungen zurückging. Vor zwei Monaten verspürte die Frau ein Gefühl von Brennen in der Harnblase, das sich während des Mictionsactes steigerte; gleichzeitig stellte sich bei ihr häufiger Harndrang ein, so daß sie des Tags jede halbe Stunde, des Nachts viermal uriniren mußte. Nach der Miction, bei der jedesmal nur eine geringe Harnquantität entleert wurde, spürte die Patientin eine Zeit lang Schmerzen und Tenesmen; auch entleerte sich bisweilen am Schluß des Mictionsactes etwas Blut

Die Untersuchung ergab starke Rötung des Meatus und der benachbarten Gewebe; bei Compression der Harnröhre entleerte sich etwas Eiter, der Gonokokken enthielt. Bei sorgfältiger Auswaschung der Harnröhre wurde eine Sonde unter leichter Blutung und unter Schmerz eingeführt und trüber, geruchloser, saurer Harn entleert, in dem gleichfalls Gonokokken enthalten waren. Letztere entfärbten sich nach Gram, wuchsen auf Gelatine überhaupt nicht und auf Agar-Harn nur in geringem Maße.

Behandlung. Sämtliche Symptome verschwanden nach zehn Ausspülungen mit Kali hypermanganicum.

Achte Beobachtung. Durch Staphylococcus aureus hervorgerufene Cystitis. Prostatahypertrophie. Strictur No. 20. In diesem Fall handelte es sich um einen 54jährigen, sehr schwachen Patienten, welcher angab, seit einiger Zeit, namentlich des Nachts, häufig uriniren zu müssen, vor einem Jahre eine Harnröhrenblutung ohne Kenntnis der Ursache derselben überstanden zu haben, seit dieser Zeit an häufigen Harndrang zu leiden, trüben Harn zu entleeren und am Schluß des Mictionsactes Schmerzen zu verspüren.

Die Untersuchung ergab zwei Stricturen (No. 20 und 21) in der Pars scrotalis urethrae. Der mittelst Sonde entleerte Harn war sehr trübe, von üblem, ammoniakalischen Geruch und alkalischer Reaction; die Harnblase enthielt 200 g Residualharn. Der Patient ist bereits mehrmals sondirt worden. Bei der Untersuchung per rectum fand ich die Prostata bedeutend vergrößert, Steine waren nicht vorhanden; der Harn enthielt Eiter und eine Kokkenart, welche sich nach Gram nicht entfärbte. Durch das Culturverfahren isolirte ich aus dem Harn eine Kokkenart, deren Eigenschaften

an die in der sechsten Beobachtung beschriebene Mikrokokkenart erinnerten und welche von hellgelber Farbe war.

Neunte Beobachtung. Cystitis, hervorgerufen durch einen langen und durch einen anderen grauen Bacillus. Der 38jährige Patient gab an, vor 12 Jahren an Blennorrhoe erkrankt zu sein, welche nie gründlich geheilt wurde; er will stets trüben Harn entleert haben, ohne jedoch um diese Erscheinung besonders besorgt gewesen zu sein, weil er keine Schmerzen hatte. Vor fünf Monaten stellte sich bei dem Patienten einmal am Schlusse des Mictionsactes eine Hämorrhagie ein, seitdem muß er häufiger uriniren und empfindet bei der Miction stets Schmerzen.

Status praesens: Keine Harnröhrenstrictur. Harn sowohl am Anfang wie auch am Schluß der Miction trübe, rot, sauer, geruchlos, die Trübung im Harn läßt sich weder durch Centrifugiren, noch durch Erhitzen, noch durch Säurezusatz vollständig beseitigen. Der Harn ist eiweißfrei, wohl aber ergiebt die mikroskopische Untersuchung desselben das Vorhandensein von Eiterkörperchen und von einem beweglichen Bacillus, der sich nach Gram nicht entfärbt. Auf Gelatine, welche mit dem Harn beschickt wurde, wuchsen zwei Arten von Colonien: die eine war weiß, rund, mit opalescirendem Centrum und von feinen durchsichtigen Granulationen umgeben, die andere opalescirend, grau, mit hellerem Rande. Die ersteren bildeten auf Agar-Agar auf beiden Seiten des Impfstiches zahlreiche weiße Colonien, ohne Gasblasen und üblen Geruch zu entwickeln.

In Bouillon, welche mit dem Harn beschickt wurde, sah man nach 26 Stunden beim Schütteln eine feine rötliche Wolke entstehen, welche fast gar keinen Niederschlag bildete und keinen Geruch verbreitete; Membranen waren nicht vorhanden. Unter dem Mikroskop sah man lange Bacillen, von denen manche S-förmig und sehr beweglich waren, manche Ketten bildeten, einige wiederum deutliche Sporenbildung zeigten; die Bacillen entfärbten sich nicht nach Gram und waren 5—12 mm lang und 0,3—0,6 mm breit

Milch wurde von diesem Bacillus nicht coagulirt, desgleichen Harn nicht zersetzt.

Auf Gelatine bildete er weiße Colonien, ohne Gasblasen zu entwickeln; dieselben breiteten sich namentlich über die Oberfläche der Gelatine aus, der letzteren einen grauschimmernden Glanz verleihend.

Ein Kaninchen von 2000 g Körpergewicht, dem mittelst Sonde 1 ccm von einer viertägigen Bouilloncultur in die Harnblase eingeführt und darauf die Harnröhre unterbunden wurde, ging nach 24 Stunden zu Grunde. Nach Entfernung der Ligatur von der Harnröhre, welche ödematös und rot-violett gefärbt war, entleerte sich aus derselben etwas Eiter, der Bacillen enthielt. Die Obduction ergab ferner starke Dilatation der Harnblase, letztere enthielt 170 g trüben, geruchlosen Harn mit starkem Niederschlag von Eiter, ammoniakalischen Uraten in Rosettenform, von Epithelien und von zahlreichen langen, sehr beweglichen Bacillen, die sich nach Gram nicht entfärbten. Der Bacillus wuchs in gleicher Weise auf Bouillon und Agar; Urin

zersetzte er bisweilen, aber nicht immer, ohne daß die Ursache dieses wechselnden Verhaltens festgestellt werden konnte.

Der Harn des Kaninchens war alkalisch.

An einem Blasenstück, das in der Kleinberg'schen Flüssigkeit gehärtet wurde und von dem Schnitte angefertigt und nach der Methode von Weigert-Gram gefärbt wurden, konnte man die Bacillen sowohl innerhalb der verdickten Epithelschicht, wie auch in dem subepithelialen Gewebe sehen; die Gefäße waren enorm erweitert und mit Blut überfüllt; an der Epithelschicht sah man beginnende Desquamation; ein Teil der platten Epithelzellen war bereits abgestoßen, und die darunter befindlichen cylindrischen Zellen zeigten sich infiltrirt. In der Peritonealhöhle fand sich ein Exsudat vor, in dem derselbe Bacillus enthalten war.

Der andere Bacillus, nämlich der graue, wuchs gut auf Bouillon, aber nicht auf Gelatine. Milch coagulirte er nicht, noch zersetzte er Harn. Auf Agar-Agar bildete er eine graue, durchsichtige Decke. Der Bacillus selbst war lang, gerade und entfärbte sich nach Gram. Einem Kaninchen unter die Haut inoculirt, verursachte der Bacillus gar keine pathologischen Veränderungen. Das gleiche Resultat ergab ein Impfversuch an einem Meerschweinchen.

Zehnte Beobachtung. Cystitis tuberculosa mit Bacillenbefund. In diesem Falle handelt es sich um einen 11 jährigen Knaben, der im Alter von 3 Jahren im Anschluß an Masern ein Blasenleiden acquirirte. Der Vater des Kindes bemerkte, daß es sehr häufig tropfenweise und unter großen Schmerzen urinirte und am Schlusse der Miction bisweilen einige Tropfen Blut entleerte; der Harn war trübe, aber nicht übelriechend. Manchmal verschwanden die Schmerzen für einige Tage, um sich aber bald wieder einzustellen. Schließlich wurde ich consultirt.

Status praesens: Das Kind urinirt jede halbe Stunde sowohl am Tage, wie auch des Nachts, unter großen Schmerzen, welche es zwingen, gebückt zu gehen oder mit flectirten und an das Abdomen gepreßten Beinen zu sitzen. Nebenhoden intact, Prostata kaum palpabel. Palpation der Regio hypogastrica schmerzhaft, linke Niere und Ureter auf Druck etwas empfindlich, Niere jedoch nicht vergrößert. Harnröhre normal, jedoch schmerzhaft in der Gegend des Blasenhalses. Im Allgemeinen gestaltete sich die Untersuchung wegen der Unruhe des Kindes sehr schwierig. An manchen Tagen war der Harn sauer, an manchen alkalisch, manchmal trübe und mit Eiterkörperchen vermengt, die jedoch niemals besonders zahlreich waren. Cylinder waren im Harn nicht enthalten, wohl aber $^1/_2$ pro 1000 Eiweiß; das specifische Gewicht des Harns betrug 1023. Die Harnblase konnte nur 10 g Urin fassen, ohne daß das Kind Schmerzen empfand.

Trotz mehrfacher Untersuchung gelang es mir nicht, das Vorhandensein von Koch'schen Bacillen nachzuweisen; dagegen fand ich stets einen Bacillus, der in Bouillon auf dem Boden des Gefäßes einen dichten Niederschlag bildete.

Auf Agar-Agar bildete der Bacillus einen weißen, an den Rändern durchsichtigen Streifen, ohne Gasblasen zu entwickeln; die Colonien lagen isolirt und zeigten ein opalescirendes Centrum.

Auf Gelatine bildete er eine weiße Linie, ohne die Gelatine zu verflüssigen und ohne Gasblasen zu entwickeln.

Milch coagulirte er innerhalb einiger Tage. Der Bacillus selbst entfärbte sich nach Gram; manche Exemplare zeigten deutliche Sporenbildung; er war fadenförmig lang, jedoch dick.

Behandlung. Nachdem der Fall bereits veröffentlicht war, wurde an dem Kinde die Sectio hypogastrica ausgeführt, da die längere Zeit angewandten Instillationen resultatlos blieben. Bei der Eröffnung der Harnblase, welche ohne vorherige Injection gemacht wurde, weil die Harnblase, wie gesagt, nur 10 g fassen konnte, fand man um den Blasenhals herum eine tuberculöse Affection, die nun mit einen kleinen scharfen Löffel curettirt und mit Sublimat touchirt wurde; die Harnblase wurde nach Einführung einer Guyon-Périer'schen Röhre offen gelassen. Nach $1^1/_2$ Monaten wurde die Harnblasenfistel geschlossen. Der Knabe entleerte leicht getrübten Harn, er fühlte sich jedoch sonst im Allgemeinen wohl und klagte nicht über Schmerzen. Nach zwei Jahren kam der Knabe wieder mit einer tuberculösen Affection des linken Nebenhodens, der indurirt und von unregelmäßiger Form war. Der Knabe urinirte häufig, alle zwei Stunden. Die Harnentleerung war jedoch schmerzlos, auch enthielt der Harn kein Blut. Es zeigte sich also, daß die frühere Behandlung zwar bedeutende Besserung, jedoch keine definitive Heilung zur Folge hatte.

Elfte Beobachtung. Durch Colibacillen hervorgerufene Cystitis. Es handelt sich um einen verheirateten, 28jährigen Mann, der vor fünf Monaten zum ersten Mal Gonorrhoe acquirirt hatte, welche nach einiger Zeit scheinbar verschwunden war; nach drei Monaten bemerkte der Patient eine Störung der Harnentleerung, welche in häufigem Harndrang, Schmerzhaftigkeit der Miction und Abgang von Blut am Schluß derselben bestand. Diese Erscheinungen nahmen unaufhörlich an Intensität zu, was den Patienten nötigte, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Patient, der angab, niemals sondirt worden zu sein, urinirte tagsüber jede Stunde und 3—4mal des Nachts; er entleerte blutigen Harn, wobei die mit dem Harn abgehende Blutquantität nach körperlicher Ueberanstrengung, namentlich nach vielem Gehen, bedeutend zunahm; am Schluß eines jeden Mictionsactes empfand der Patient mehrere Minuten lang Schmerzen. Sonst bestand weder Ausfluß aus der Harnröhre noch Verengerung derselben; desgleichen waren Hoden, Prostata und Nieren vollkommen normal. Der Harn war trübe, und zwar mehr am Schluß, als am Anfang der Miction; er enthielt dichte Flocken, war sauer und geruchlos, klärte sich bei Filtrirung nicht auf und enthielt Blut, Eiter und zahlreiche Bacillen, welche sich nach Gram entfärbten und beim Culturverfahren sämtliche characteristische Eigenschaften des Bacterium coli erkennen ließen.

Die Behandlung bestand zunächst in Ausspülungen und dann in Instillationen mit Höllensteinlösung, sowie in innerlicher Verabreichung von Salol.

* * *

Bevor ich die soeben mitgeteilten Fälle einer gesamten Betrachtung unterziehe, will ich mit kurzen Worten weitere 12 Fälle, welche ich in der letzten Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte, beschreiben, um dann einige allgemeine Betrachtungen über sämtliche Fälle anzustellen.

(Schluss folgt.)

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Dr. Otto Zuckerkandl: **Ueber Verdauungsstörungen bei chronischer Harnverhaltung.** (Wiener medicin. Doctoren-collegium, Sitzung vom 12. Februar 1900. Wiener medicin. Blätter 1900, No. 7.)

In gewissen Fällen von schwerer, anhaltender, chronischer Harnverhaltung findet man im Krankheitsbilde Störungen der Verdauung auftreten; diese sind kein zufälliges Zusammentreffen, denn man sieht sie constant, sie stehen auch mit der Harnverhaltung in causalem Zusammenhang, weil mit der Beseitigung der Stauung auch die erwähnten Beschwerden schwinden. Damit eine Harnverhaltung derartige Beschwerden auslöse, ist es erforderlich, daß der Druck im Harnapparat ein entsprechend hoher sei; aus diesem Grunde vermißt man sie bei chronischer, completer Harnverhaltung, weil der Druck durch den unvermeidlichen Katheterismus stets herabgesetzt wird. Man findet sie dagegen bei latenten Harnverhaltungen, bei Leuten, welche ihre Blase nicht complet entleeren. Die erwähnten Störungen finden sich erst jenseits der 50er Jahre bei progressiver Distension der Blase. Die chronische Harnverhaltung kommt zuerst bei Prostatahypertrophie vor, dann bei Stricturen der Harnröhre, aber da erst spät, im höheren Alter, wenn

Prostatahypertrophie hinzutritt oder wenn die senile Blase nicht im Stande ist, das Hindernis zu überwinden. Endlich giebt es eine Gruppe von Fällen, bei denen sich keine locale Ursache für die Erschwerung der Harnentleerung nachweisen läßt. Auch in solchen Fällen, welche als senile Erschlaffung der Musculatur des ganzen Harnapparates zu deuten sind, treten Verdauungsstörungen hinzu. Die Krankheit muß lange Jahre bestanden haben, ehe Verdauungsstörungen auftreten. In einzelnen Fällen kann man solche Störungen gewissermaßen entstehen sehen. Gewöhnlich kommen die Kranken erst dann zum Specialarzt, nachdem wiederholte Kuren bezüglich des Darms eingeleitet wurden, die resultatlos blieben. Die nächtliche Incontinenz weist dabei auf die Blase hin. Die Verdauungsstörungen kann man als eine Art von Urämie ansehen. Die chronische Drucksteigerung setzt sich von der Blase bis auf die Niere fort; die Polyurie fehlt niemals. Die ersten Zeichen der Störungen der Ausscheidung durch die Nieren sind die Verdauungsbeschwerden. Zunächst zeigt sich Trockenheit im Halse, Durstgefühl, fader Geschmack im Munde; dann treten hinzu Verlust des Appetits, Widerwille gegen Speisen, Uebelkeiten, Aufstoßen; Diarrhoen wechseln mit Obstipation. Ein schweres Symptom vorgeschrittener Fälle ist das Erbrechen, wodurch die Kranken sehr schnell abmagern, cachektisch werden und wie Carcinomatöse aussehen. Dies sind natürlich nur Teilerscheinungen eines Krankheitsbildes. Es bestehen jene Störungen der Blase, wie sie bei Hypertrophie der Prostata oder Stricturkranken vorkommen. Complicirter gestaltet sich das Bild, wenn Infection dazu kommt. Sich selbst überlassen, verlaufen die Fälle in septischer Weise tötlich. Die überfüllte Blase läßt sich da immer nachweisen. Das Leiden wird ungemein häufig verkannt. Es wird gewöhnlich gedacht an Magenleiden, Nephritis, in fieberhaften Fällen an Typhus, Malaria. Man soll aber bei dyspeptischen Beschwerden alter Leute immer an die Blase denken. Schwierig ist die Behandlung solcher Fälle, weil selbst das vorsichtigste Eingreifen schlimm ausgehen kann; doch ist das Eingreifen der einzige Weg, dem Kranken zu helfen, indem man den Druck in den Harnwegen herabsetzt. Die Gefahren sind locale; oft steigern sich die Verdauungsbeschwerden, oder es kommt zu Collaps oder Anurie. In der Regel werden nach kunstgerechter Entleerung der Blase die Verdauungsbeschwerden gebessert, die Kranken blühen unter der Behandlung förmlich auf. In einer dritten Reihe bleibt die Entleerung ohne Erfolg. Zunächst kommt die Katheterbehandlung in Frage, die radicalen Operationen sind für solche Fälle nicht angezeigt. Die üblen Folgen verhütet man beim Katheterismus, indem man durch peinliche Sauberkeit der Infection und durch ganz allmähliche Entleerung der übermäßigen Druckherabsetzung vorbeugt. Bei sehr erheblicher Retention spielt der Katheterismus schon eine palliative Rolle. Die Entleerung geschieht gradatim in 8—10 Tagen. Die wieder entstehende Drucksteigerung verhütet der weitere regelmäßige Katheterismus. Kranke mit reichlicher Harnsecretion müssen selbst alle drei Stunden entleert werden. Der erste Effect ist die Abnahme der Polyurie. Gewöhnlich kommt es dahin, daß sie sich blos 1—2 mal in 24 Stunden entleeren.

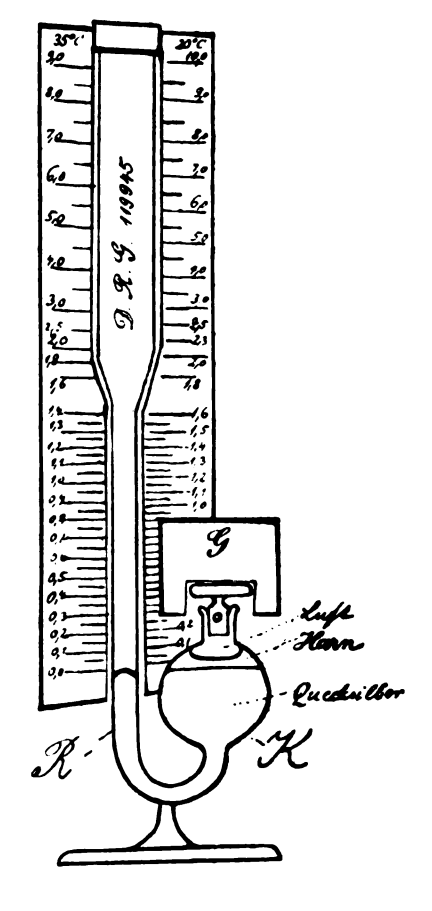
Die Kranken sind zeitlebens an den Katheter gebunden; sowie dieser fortgelassen wird, stellen sich die alten Beschwerden, besonders die dyspeptischer Natur, wieder ein. Bei Attaken von Cystitis nützt oft Urotropin. Bei Cystitis und Distension muß man oft die Blase spülen, ohne sie zu entleeren. Harnverhaltung, Dyspepsie und Stein sind oft miteinander verbunden. Da behandelt man zuerst die Retention, erst wenn der Druck dauernd herabgesetzt ist, geht man an die Operation des Steines. Man macht hohen Blasenschnitt und etablirt eine Fistel, um die Drucksteigerung dauernd zu verhüten. Selbstverständlich kommt in allen Fällen, von denen hier die Rede war, wie bei Prostatahypertrophie überhaupt, die Allgemeinbehandlung in Anwendung. Auf entsprechende Anfragen erwähnt Vortragender, daß Blasenspülungen bei leichten Blutungen unbekümmert um die Blutungen stattfinden können, bei starken Blutungen unter Vermeidung gänzlicher Entleerung. Das vicariirende Eintreten der Darmthätigkeit geschieht oft nur in Form von Ablagerung gewisser stickstoffhaltiger Ausscheidungsstoffe, ohne vermehrten Flüssigkeitsabgang. Der Fistelbildung ist der permanente Katheterismus vorzuziehen. Immerwahr (Berlin).

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

1. Th. Lohnstein (Berlin): **Ueber Gährungs-Saccharometer nebst Beschreibung eines neuen Gährungs-Saccharometers für unverdünnte Urine.** (Münchener med. Wochenschrift 1899, No. 50.)
2. Th. Lohnstein (Berlin): **Ein neues Gährungs-Saccharometer für unverdünnte Urine.** (Allg. med. Centr.-Ztg. 1899, No. 101.)

Im vorigen Jahrgang dieser Monatsberichte (Heft 1) ist ein Gährungs-Saccharometer des Verfassers beschrieben, welches gegenüber den bisher in der Praxis gebräuchlichen Apparaten dieser Art (Einhorn, Fiebig, Arndt) dadurch einen Fortschritt darstellte, daß seine Skala unter Berücksichtigung der in Betracht kommenden physikalischen Gasgesetze entworfen war. Dasselbe hat sich auch in den Händen anderer Untersucher bewährt und schnell Eingang in die Praxis gefunden. Mit den früheren Apparaten teilt es jedoch den Uebelstand, daß seine Skala nur das Intervall von 0—1 pCt. umfaßt, ein Uebelstand, der nicht etwa durch seine Dimensionen bedingt ist, sondern, wie Verf. in der ersten der beiden oben stehenden Abhandlungen ausführt, in dem Constructionsprincip der Apparate begründet liegt. Um zuckerreiche Urine mit diesem (wie überhaupt den älteren) Saccharometer untersuchen zu können, muß man sie verdünnen, unter Umständen zehnfach, und daraus folgt, daß der maximale Fehler des Apparates für ver-

dünnte Flüssigkeiten, ± 0,05 pCt., für zuckerreiche Urine bis auf ± 0,5 pCt. ansteigen kann. Wenn auch ein solcher Fehler bei zuckerreichen Urinen für die Praxis nicht besonders in's Gewicht fällt, so bestand doch immerhin noch der berechtigte Wunsch nach einem Gährungs-Saccharometer, welches, ohne Weiteres für jeden beliebigen unverdünnten Urin anwendbar, den Traubenzuckergehalt zuckerreicher und zuckerarmer Urine mit der gleichen Schärfe zu ermitteln gestattet. Diese Aufgabe hat Verf. in dem nachstehend beschriebenen Apparat in relativ einfacher Weise gelöst.



Der durch die nebenstehende Abbildung veranschaulichte Apparat enthält folgende Teile:

1. den U-rohrförmigen Grundkörper aus Glas,
2. die Teilung,
3. das auf dem Stöpsel des Glaskörpers ruhende Gewicht *G*,
4. eine bestimmte Menge Quecksilber,
5. eine Pravazspritze,
6. eine Blechdose mit dem aus Wachs und Vaseline bestehenden Dichtungsmittel für den Stöpsel.

Der Glaskörper besteht aus einem beiderseits offenen U-Rohr, dessen kürzerer Schenkel kugelförmig gestaltet und durch einen eingeschliffenen Stöpsel verschließbar ist, der seitlich ein Loch hat, welches einer Oeffnung im Halse der Kugel correspondirt. Der andere Schenkel wird durch ein unten engeres und oben weiteres Rohr gebildet; diese beiden Teile gehen durch ein conisches Zwischenstück in einander über.

Die Anwendung des Apparats ist folgende:

Das ihm beigegebene Quecksilberquantum wird vollständig in das U-Rohr gegossen; mit der mit der Canüle armirten Pravazspritze werden dann 0,5 ccm des zu untersuchenden Urins auf die Quecksilberoberfläche in der Kugel gebracht und darauf (nachdem die Spritze durch 2maliges Durchziehen von gewöhnlichem Wasser von den Harnresten befreit ist) mit ihr 0,1 ccm (= 1 Teilstrich) eines vorher durch Anrühren von Preßhefe mit

dem Doppelten bis Dreifachen ihres Volumens Wassers hergestellten Breies zu dem Harn gegeben (hierzu wird die Spritze besser ohne Canüle angewendet); darauf wird die Kugel durch den eingesteckten Stöpsel verschlossen, so daß zunächst die beiden Löcher sich übereinander befinden, die Skala vermittelst der an ihrem oberen Ende befindlichen Hülse auf das Rohr gesteckt und falls die Kuppe des im engen Rohrteil befindlichen Quecksilbers noch nicht genau auf den Nullpunkt einspielen sollte, dieses durch geringes Neigen des Apparats bewirkt und nunmehr der Stöpsel so gedreht, dass die beiden Löcher nicht mehr über einander stehen. Endlich wird das Gewicht *G* auf den Stöpsel gesetzt. Jetzt überläßt man den Apparat sich selbst; durch die Preßhefe wird der Traubenzucker in Alkohol und Kohlensäure zerlegt, letztere wird zum größten Teil gasförmig abgeschieden und treibt dadurch das Quecksilber im anderen Schenkel des Apparats in die Höhe, wobei das Gewicht *G* (das groß genug ist, um auch dem stärksten im Apparat entwickelten Ueberdruck das Gleichgewicht zu halten) ein Lockerwerden des Stöpsels verhindert.[8]) Nach Beendigung der Gährung, wenn also der Stand der Quecksilbersäule stationär geworden ist, wird der Zuckergehalt direct an der Skala abgelesen. Die Quecksilbermenge ist so gewählt, daß über ihrer Oberfläche in der Kugel ein ganz bestimmtes Volumen übrig bleibt; dementsprechend (d. h. entsprechend den Volumina der beim Beginn der Gährung über dem Quecksilber abgesperrten Flüssigkeit und Luft) ist die Skala berechnet, hierbei ist natürlich die absorptiv in der gährenden Flüssigkeit zurückgehaltene Kohlensäure gebührend berücksichtigt. Die Gährung kann bei Zimmertemperatur stattfinden, doch ist es zweckmäßiger, den Apparat einer Temperatur von 32—38° C. auszusetzen; dann geht sie so schnell vor sich, daß sie auch bei hohen Zuckergehalten in 3—4 Stunden beendet ist, während bei Zimmertemperatur (ca. 20° C.) oft 12 Stunden dazu nötig sind. Die erwähnte höhere Temperatur kann man jederzeit leicht in einem Wasserbade (Casserole mit Dreifuß) herstellen, das durch ein kleines Nachtlämpchen (Oelnachtlicht oder kleinstes Petroleumlämpchen von G r a u e l, Berlin NW.) geheizt wird und in welches man den Apparat stellt; man braucht nur die richtige Entfernung der Flamme vom Boden der Casserole auszuprobiren; bei letzterem Vorgehen nimmt man die Skala während der Gährung ab und setzt sie erst nach ihrer Beendigung zum Zweck des Ablesens wieder auf. Event. kann man es auch mit einem ähnlich herzurichtenden Luftbade versuchen, wobei natürlich die Skala nicht abgenommen zu werden braucht. Der Apparat enthält zwei Teilungen, die eine ist für 20° C. giltig, die andere für 35° C.; liegt die Temperatur zur Zeit der Ablesung zwischen 20 und 35° C., so findet man den Procentgehalt

---

[8]) Die Verschiedenheit der Querschnitte des Meßrohrs hat den Zweck, einerseits für die Urine mit kleinem Zuckergehalt die nötige Genauigkeit zu gewährleisten, andererseits aber eine zu große Höhe des Apparats zu vermeiden, der, falls das ganze Rohr den Querschnitt von dessen unterem Teile hätte, eine Höhe von gegen 40 cm haben würde.



leicht durch lineare Interpolation (entsprechend der vorhandenen Temperatur) zwischen den auf der linken und der rechten Teilung abgelesenen Werten.

Nachdem das Quecksilber einmal zur ersten Bestimmung in den Apparat gefüllt ist, kann es beliebig lange in ihm bleiben, da seine Reinigung sich in folgender einfachen Weise vollzieht. Nach Beendigung einer Zuckerbestimmung dreht man vorsichtig den Stöpsel, bis die Luftlöcher über einander stehen, sofort stellt sich das Quecksilber in beiden Schenkeln des Apparats wieder auf die anfänglichen Niveaus ein; man entfernt nun den Stöpsel, führt in die Kugel einen dünnen Wattebausch ein, der die über dem Quecksilber stehende Flüssigkeit aufsaugt, und spritzt dann noch den Raum über dem Quecksilber ein- oder zweimal mit Wasser aus, dazwischen die Procedur mit der Watte wiederholend. Der Apparat ist dann wieder zu einer neuen Bestimmung gebrauchsfertig.

Wie man sieht, ist die Handhabung des neuen Apparats sehr einfach, seine Genauigkeit dabei eine beträchtliche, indem er Zuckergehalte von 0,05 pCt. bis 10,0 pCt. zuverlässig anzeigt; und er übertrifft in letzterer Beziehung hinsichtlich der kleinen Zuckergehalte die Polarisationsapparate mittlerer Güte beträchtlich, da bei diesen für Zuckergehalte unter 1 pCt. die Einstellung keine sehr scharfe ist.[9])

Dr. Franz Nagelschmidt: **Psoriasis und Glycosurie.** (Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 2.)

Bekanntlich bricht sich neuerdings die Anschauung mehr und mehr Bahn, daß das Wesentliche der Psoriasis nicht in der localen Erkrankung der Haut zu suchen sei, sondern daß ihr ein constitutionelles Leiden zu Grunde liege. Unter den Thatsachen, welche dafür sprechen, sind besonders die Beziehungen interessant, welche zwischen Psoriasis und Diabetes bestehen. Allerdings werden Diabetiker nur äußerst selten von Psoriasis befallen; es bleibt aber die Frage offen, ob nicht Psoriasiskranke eine größere Neigung zur Erkrankung an Diabetes zeigen, als gesunde Menschen. Betrachtet man die Litteratur unter diesem Gesichtspunkt, so findet man eine Anzahl von Fällen, welche diese Frage im positiven Sinn beantworten lassen. Zu diesen Fällen fügt nun Verf. einen neuen, erst jüngst in der Klinik von Senator beobachteten Fall von Psoriasis hinzu, an welchen sich Diabetes anschloß. Der Fall ist folgender:

Die 22jährige Patientin war angeblich stets gesund, bis auf Psoriasisflecke, die von Kindheit an bestanden, jedoch niemals genässt haben sollen. Seit fünf Jahren leidet Patientin an periodenweise auftretender Steigerung des Durst- und Hungergefühls. Der gegenwärtige Zustand begann vor drei Wochen mit großer Mattigkeit, mit Luftmangel, mit Schmerzen beim Schlucken und mit Steigerung des Durst- und Hungergefühls, das seit einigen Tagen einer völligen Appetitlosigkeit Platz gemacht hat. Bei der

[9]) Der Preis des Apparates, dessen Vertrieb der Firma Heinrich Noffke & Co., Berlin S., Ritterstr. 120, übertragen ist, beträgt 12 Mark.

Aufnahme zeigte die Patientin Efflorescenzen mit deutlichem Character der Psoriasis. Comatöser Zustand mit tiefer frequenter Atmung, starker Acetongeruch der Exspirationsluft. Der Urin ist dunkel, rotgelb, sauer, trübt sich beim Stehen, Menge 2000 ccm, specifisches Gewicht 10,27, Eiweiß in Spuren. Die Trommer'sche, Nylander'sche und Gährungsprobe fallen positiv aus, die Polarisation ergiebt 3,4 pCt. Zucker. Die Patientin starb trotz der Behandlung nach kurzer Zeit im Coma.

Dieser Fall stützt also ebenfalls die Vermutung, daß Psoriasiskranke eine gewisse Disposition zur Glycosurie zeigen. Für ein einigermaßen orientirendes Urteil in dieser Frage ist aber die Zahl der bis jetzt beobachteten Fälle nicht ausreichend. Verf. steckte sich in Folge dessen zum Ziel, dem Studium der Frage, ob Psoriasiskranke leichter zur Glycosurie disponirt sind als Gesunde, auf dem Wege der Untersuchung auf alimentäre Glycosurie näher zu treten. Es wurden im Ganzen 25 Psoriasiskranke untersucht, mit dem Ergebnis, daß acht Kranke alimentäre Glycosurie darboten. Allerdings konnte bei drei Patienten eine sog. „gemischte Disposition" angenommen werden, immerhin bleiben noch fünf Fälle übrig, bei welchen eine weitere, zur alimentären Glycosurie disponirende Ursache nicht ausfindig zu machen war. Es steht also fest, daß unter 25 Fällen von Psoriasis acht (32 pCt.) oder fünf (20 pCt.) unter Abzug der oben erwähnten drei Fälle eine Disposition zur alimentären Glycosurie zeigten. Unter Hervorhebung der Thatsache, daß bei einer Anzahl anderer Hautkrankheiten, die vergleichsweise nach derselben Methode untersucht wurden, nicht ein einziges Mal alimentäre Glycosurie aufgetreten ist, meint nun Verf., daß sich ein relativ häufiges Vorkommen der alimentären Glycosurie bei den von ihm untersuchten Fällen von Psoriasis nicht in Abrede stellen läßt. Lubowski.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Jullien (Paris): **Tripper und Ehe.** (In's Deutsche übertragen und herausgegeben von Dr. E. Hopf, Dresden. Berlin 1899. Gebrüder Bornträger.)

In einem kleinen, ca. 300 Seiten fassenden Bändchen sagt der Pariser Venerologe Alles, was sich über Tripper und Ehe im Licht der modernen Tripperforschung sagen läßt. Da bei keiner anderen Gelegenheit die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses dermaßen in Betracht gezogen werden muß, wie gerade bei Gelegenheit der Behandlung und der Beratung von Tripperkranken, leitet Verf. sein Werk mit einem Capitel ein, das sich ausschließlich mit dem ärztlichen Berufsgeheimnis befaßt. In diesem Capitel sucht Verf. nach Kräften alle diejenigen Verhältnisse zu beleuchten, welche sich für den Arzt aus seiner doppelt verantwortlichen Stellung ergeben

können. Wir wollen auf den Standpunkt, welchen Jullien in der so wichtigen und auch vielfach umstrittenen Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses einnimmt, etwas näher eingehen. J. steht auf dem Standpunkt, daß der Arzt gegen das über jede Discussion erhabene Gesetz des ärztlichen Standes nicht verstoßen darf; er bezeichnet als verwerflich die Handlungsweise eines Arztes, der durch Drohung mit Bekanntgeben des ihm anvertrauten Geheimnisses zwei geschlechtskranke junge Männer an der geplanten Verheiratung verhinderte. Andererseits ist J. weit davon entfernt, zu denken, daß der Arzt, der das Berufsgeheimnis auch in solchen Fällen wahrt, alles gethan hat, was er als Arzt und Mensch zu thun verpflichtet ist. J. fordert, daß der Arzt noch mehr thut, daß er in erster Linie die Kranken instruirt und ihnen rundweg erklärt, wann sie heiraten dürfen und wann nicht. Er meint, daß für die große Mehrzahl das Veto des Arztes eine genügende Schranke darstellt und daß die unglücklichen Ehen mehr auf die Nachlässigkeit der Aerzte zu schieben seien, als auf die schuldvolle Hartnäckigkeit der jungen Männer. Weiter ist es Pflicht der Aerzte, die im Publikum herrschende Unerfahrenheit zu überwinden, und zwar muß die letztere nicht für einen betreffenden Fall, sondern prophylactisch durch Verbreitung der neuen Lehren über die Gefährlichkeit des Trippers in allen seinen Perioden bekämpft werden. Wenn in alle Kreise der Gesellschaft vollständige Klarheit über diesen Punkt gedrungen ist, ist die Aufgabe fast gelöst. Einerseits werden die jungen Leute mit allen Mitteln die Heilung erstreben, andererseits werden die Eltern ein wachsames Auge für Gefahren zeigen, die ehemals als nebensächlich galten, und sie werden nicht verfehlen, eine Untersuchung anstellen zu lassen.

Im Uebrigen besteht das Buch aus sechs Capiteln. Das erste behandelt die Entwicklung des Trippers (Tripper und Gonokokken, Tripper und Harnröhrenuntersuchung, Tripper und Frauenkrankheiten). Die übrigen fünf Capitel beschäftigen sich der Reihe nach mit acutem, chronischen und geheilten Tripper beim Manne sowie beim Weibe, wobei jedes Capitel in je drei Abschnitte (1. Vor jedem Heirathsproject, 2. Nach Festsetzung des Hochzeitstages. 3. Nach der Hochzeit) zerfällt. Auf den Inhalt der letzteren Capitel einzugehen, erübrigt sich, indem wir darauf hinweisen können, daß J. in der angeregten Frage im Allgemeinen auf demselben Standpunkt steht, auf dem auch die deutschen Autoren Neisser'scher Schule stehen. Nur hat er als Franzose verstanden, den Stoff zu einer zum Teil mehr als anregenden Lectüre zu gestalten.

Lubowski.

Dr. Roth (Frankfurt a. M.): **Fall von Gonorrhoe bei einem 12jährigen Knaben.** (Monatsh. f. pract. Derm. 1899, Bd. 29, No. 11.)

In dem an sich nichts Besonderes darbietenden und nur wegen des Alters des Patienten interessanten Fall deuteten die Beschwerden und der Urinbefund auf gonorrhoische Infection unter Beteiligung der Pars anterior, Pars posterior und der Blase. Ueber das Zustandekommen der Infection war von dem Knaben Nichts zu erfahren.

Lubowski.

Taylor: **The Pathology and Treatment of acute Gonorrhea in the Male.** (Medical News, 10. December 1898. Referirt nach Ann. de derm. et de syph. 1899, XII.)

T. sagt, daß die Heilung des Trippers in 1—2 Wochen eine Utopie ist. Glücklich ist, wer in 6 Wochen geheilt ist. Die Janet'schen Spülungen setzen die ersten Erscheinungen, besonders die Secretion, schnell herab. Aber die Infiltration im submucösen Gewebe nimmt schnell zu, und es wird die Grundlage zum chronischen Tripper gelegt. Ganz im Beginn können allerdings abortive Injectionen mit Argentum nitricum zuweilen zur Heilung führen. Im acuten Stadium spritzt man mit lauem Borwasser und läßt locale und allgemeine Bäder nehmen. Beim Nachlassen der Entzündung kann man mit anderen Mitteln spritzen, am besten mit einer Argentum nitricum-Lösung (von 1 : 8000—10,000). Dreyer (Köln).

Fromaget: **Iritis et névrite blennorrhagiques.** (Annales de la policlinique de Bordeaux 1899, pag. 6. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, XII.)

Bei einem 20jährigen jungen Mann tritt vier Wochen nach Beginn einer Gonorrhoe Iritis mit zahlreichen Synechien, intensive Neuritis optica, ödematöse, rote Papille, deren Ränder nicht von der Retina abgegrenzt sind, und Arthritis im rechten Kniegelenk auf. Panas und Hilbert haben ähnliche Fälle beobachtet. Dreyer (Köln).

Milian: **Forme myélopathique du blenno-rhumatisme.** (Presse méd., 29. April 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, XII.)

Der Rheumatismus trat am 15 Tage einer Gonorrhoe auf, wurde durch Natrium salicylicum nicht beeinflußt und hatte Bänder, Sehnen und Aponeurosen befallen. Am schmerzhaftesten war die Talalgie. Später traten auch Symptome von Seiten des Rückenmarks, lancinirende Schmerzen und spastische Paraplegie auf. Die trophischen Störungen bestanden in Plattfuß, Hyperostosen am Calcaneus am Ansatz der Achillessehne und Muskelatrophien am Oberschenkel und in der Wade. Dreyer (Köln).

Robert C. Kenner (Louisville, Ky.): **The Treatment of Epididymitis.** (The New York Medical Journal, 11. November 1899.)

Auf Grund günstig beeinflußter Fälle empfiehlt Verf. gegen die Schmerzhaftigkeit bei acuter gonorrhoischer Epididymitis das Auflegen von in möglichst heißem Wasser angefeuchteten Tabakblättern; selten bewirken sie Uebelkeit oder Hautreizung, so daß sie mit heißen Breiumschlägen mit event. Zusatz von Laudanum zu vertauschen sind. Jedenfalls ist außerdem stets für passende Suspension des Hodens Sorge zu tragen. Wenn die acuten Erscheinungen vorüber sind, ist zur Resorption des Infiltrats und der Schwellung das bewährteste Mittel das Jodvasogen; durchschnittliche Dauer bis zur Heilung betrug fünf Tage. Drei kurze Krankengeschichten sollen die Zweckmäßigkeit des Verfahrens erläutern. Blanck (Potsdam).

Dr. Schiele: **Die Therapie der Urethritis gonorrhoica.**
(St. Petersburger med. Wochenschr. 1899, No. 52.)

Verf., der gegenwärtig in Paris weilt und auf seiner Studienreise auch nach Berlin einen Abstecher gemacht hat, ist ganz entzückt von der in der Poliklinik von Frank und Lewin üblichen Behandlung der Urethritis gonorrhoica. Er bezeichnet dieselbe als eine den modernen Indicationen vollkommen entsprechende und als eine in sehr hübscher und exacter Weise durchgeführte. Auf Grund der Erfolge, welche er in der genannten Poliklinik hat erzielen sehen, spricht sich Verf. dahin aus, daß die neuesten Methoden der Gonorrhoebehandlung erlauben, den Patienten mit einiger Sicherheit eine völlige Heilung in absehbarer Zeit zu versprechen.

Die Frank-Lewin'sche Methode ist nach Beschreibung des Verfassers folgende: Bei einem jeden Kranken wird täglich eine mikroskopische Untersuchung des Harnröhrensecrets oder der Filamente vorgenommen. Nach dem mikroskopischen Befunde wird die Therapie geregelt, und zwar in der Weise, daß gonokokkentötende Mittel in der Form von gewöhnlichen prolongirten Einspritzungen und Harnröhren-Blasenspülungen angewandt werden, bis die Gonokokken vollkommen aus dem Secret verschwunden sind und sich einige Tage lang absolut keine nachweisen lassen. Als sehr gutes gonokokkentötendes Mittel hat sich das Protargol erwiesen. Sind die Gonokokken geschwunden, wohl aber noch andere Kokken vorhanden, so wird das Protargol durch Arg. nitric. ersetzt, das in derselben Weise angewandt wird, bis alle Kokken geschwunden und nur noch ein catarrhalisches und aseptisches Secret sich zeigt. Dieser einfache Urethralcatarrh wird mit den üblichen Adstringentien, Zincum sulfuricum etc., behandelt. Es treten jedoch in diesem Stadium nicht selten Recidive auf, von neuem zeigen sich Gonokokken im Secret, dieses wird wieder reichlicher, eitrig. Das Protargol erweist sich bei den Recidiven nicht von der gleichen Wirksamkeit wie im Beginn der Erkrankung, es wird daher zweckmäßiger Weise durch leichte Sublimatlösungen ersetzt. Das gleiche Verfahren wird beobachtet, wenn der Patient bereits mit einer Urethritis posterior in Behandlung tritt oder sich eine solche im Laufe der Behandlung entwickelt. In allen Fällen einer Urethritis posterior wird aber die Prostata auf eine Miterkrankung sorgfältig untersucht, und zwar durch Palpation per rectum und durch mikroskopische Untersuchung des exprimirten und im Endoskop aufgefangenen Prostatasecrets. Erweist sich die Prostata mitbeteiligt am Krankheitsproceß, wie in den meisten Fällen, finden sich Gonokokken im Prostatasecret, so wird den täglichen Harnblasenspülungen eine gründliche Massage der Prostata vorausgeschickt. Erfolgt in 6—8 Wochen keine endgiltige Heilung, so kann man schließen, daß sich einige Herde in den Drüsen der Urethralschleimhaut entwickelt haben, die mit Hilfe des Endoskops festzustellen und einer gründlichen Localbehandlung (Eröffnung eventueller kleiner Abscesse, Aetzungen etc.) unter Leitung des Endoskops zu unterwerfen sind.

Lubowski.

Dr. Ahlström (Stockholm): **100 Fälle von Urethritis gonorrhoica anterior acuta mit Protargol als Abortivum behandelt.** (Die Heilkunde 1900, No. 4.)

Die Behandlung ist ambulatorisch gewesen, doch unter Beobachtung der gewöhnlichen diätetischen und hygienischen Regeln. Die Technik ist hauptsächlich die von Prof. Welander angegebene gewesen, nur betreffs der Anzahl der Injectionen und der Stärke der Lösung nach den in jedem Falle vorhandenen Umständen modificirt, also in der Regel: die 4—5 ersten Tage zwei Injectionen täglich von 5—10 g 2—4proc. Protargollösung und danach 3—5 Tage von den Kranken selbst 1—2 Injectionen täglich von 1—2proc. Lösung; die Lösung ist jedes Mal 10—15 Minuten in der Urethra zu behalten. Als definitiv geheilt rechnet Verf. nur solche Fälle, wo man noch 2—3 Wochen nach Beendigung, trotz Diätfehler und provocatorischem Verfahren (Sublimatspülungen u. s. w.), im Morgenharn keine Gonokokken entdecken kann. Das Resultat ist nun, daß nur 13 Fälle (13 pCt.) als negative bezeichnet werden müssen. Ein bald vorübergehendes Brennen nach jeder Injection war in den meisten Fällen das einzige Unbehagen, welches den Gebrauch dieser starken Lösungen begleitete, und nur in einem Falle war es in Folge Blutung aus der Urethra anterior und Oedem nötig, die Behandlung zu unterbrechen Blutung trat auch in fünf anderen Fällen ein, aber sehr unbedeutend und vorübergehend. Der oft ganz profuse, von dem Protargol verursachte Ausfluß schwand in den meisten Fällen von selbst; wenn nicht, dann nach einer schwachen adstringirenden Lösung.

Alles in Allem gelangt Verf. zu dem Schluß, daß das Protargol das beste Abortivmittel gegen Gonorrhoe sei, und daß man beinahe in allen Fällen, wo es möglich ist, eine Behandlung nach oben genannter Methode früh genug einzuleiten und genau durchzuführen, ein positives Resultat erwarten kann.

Lubowski.

Dr. Wilhelm Stekel: **Die Therapie der Gonorrhoe in der Privatpraxis.** (Wiener medicin. Blätter 1900, No. 1 u. 2.)

Nirgends zeigt sich in der Therapie ein so klaffender Gegensatz zwischen Privatpraxis und Klinik, wie bei der Gonorrhoe. Was dort Gesetz, ist oft in der Privatpraxis unerreichtes Ideal, und manche gut fundirte klinische Vorschrift ist in der Praxis unausführbar. Man glaube darum nicht, daß die Resultate in der Privatpraxis schlechter sind. Im Gegenteil. Die sorgsam individualisirende Behandlung des practischen Arztes feiert hier ihre schönsten Triumphe. Je früher der Patient in Behandlung kommt, desto rascher der Erfolg. In den ersten Tagen ist es häufig möglich, den Proceß zu coupiren. Das souveräne Mittel ist das Argonin. Soll es wirksam sein, muß es gleich in starker Concentration (3,0 : 200,0) verwendet werden. Von Wichtigkeit ist es, die Lösung in der Apotheke einige Male zu controliren. Mißerfolge sind oft durch fehlerhafte Dispensation dieses Mittels in der Apotheke bedingt. Von großer Bedeutung ist auch die Technik der Injec-

tion. Eine 10 ccm fassende Spritze reicht vollkommen aus. Ein Erwärmen der zu injicirenden Flüssigkeit ist nur bei sehr reizbaren Patienten notwendig. Dagegen muß großes Gewicht darauf gelegt werden, daß die Injection circa 15 Minuten lang gehalten wird. Wo das nicht möglich ist, müssen drei Injectionen von fünf Minuten Dauer hintereinander gemacht werden. Das ist eine Conditio sine qua non, wenn man eine energische Tiefenwirkung erreichen will. Es genügen drei Injectionen täglich. Nebenbei das bekannte strenge Regime, von dem Verf. insofern abweicht, als er ein Achtel Wein und manchmal ein halbes Glas Bier ruhig gestattet. Das Trinken großer Quantitäten Milch, 1—3 l pro Tag, hält er für sehr vorteilhaft. Dagegen sind die Bestrebungen, jeden Tripperkranken in's Bett zu bringen, eine Polypragmasie. Von großer Wichtigkeit ist das altbewährte Santalöl. In großen Dosen von mindestens 2 g pro die kann man einen außerordentlich günstigen Einfluß auf den Ablauf der Gonorrhoe beobachten. Bei diesem einfachen Regime kann man in frischen Fällen oft durch die ersten Injectionen die Gonorrhoe vollkommen coupiren. Der Arzt muß jedoch den Patienten darauf aufmerksam machen, daß er trotz Aufhören der objectiven Symptome weiter injiciren muß, da bei Aussetzen der Injectionen häufig Recidive kommen. Die Zahl der Injectionen wird bei steigender Stärke der Argoninlösung allmählich bis auf eine täglich vermindert. Nach der zweiten Woche empfiehlt es sich, ein leichtes Adstringens noch einmal täglich anwenden zu lassen. Auch eine schwache Kalihypermanganicum-Lösung (0,03 : 100,0) genügt für diesen Zweck. Erwähnenswert ist, daß Verf. unter 32 von ihm frisch behandelten Fällen nie eine Epididymitis beobachtet hat, trotzdem alle Patienten ihrem Beruf ungestört nachgingen. Leider kann man bei den Fällen, die nach der ersten Woche in die Behandlung kommen, nicht mehr so schöne Resultate erzielen, wie in den frischen Fällen.

In jedem Fall beginnt Verf. mit seiner $1^1/_2$proc. Argoninlösung. Von 23 genau beobachteten Fällen trat die specifische Argoninwirkung nur in einem Fall nicht auf. Wenn also in 3—4 Tagen keine Abnahme des Ausflusses zu bemerken ist, so greift Verf. zum Argentamin. Er beginnt mit 0,1 : 200,0 und steigt rasch bis auf 0,4 : 200,0, ja selbst in einem hartnäckigen Fall bis auf eine $^1/_2$proc. Lösung. Dauer der Injection eine Viertelstunde, drei Injectionen täglich. Fast alle Fälle wurden geheilt; nur vier Fälle von Urethritis anterior trotzten jeder Behandlung mit den gewöhnlichen Methoden. Auch diese Fälle gelang es durch die Lavaux-Barthollet'sche Methode, fälschlich Janet'sche Methode genannt, zu heilen. Die Erfolge bei Urethritis posterior sind oft verblüffend. Häufig sind die Fälle, wo nach drei- bis fünfmaliger Ausspülung der zweite Urin klar wird, der Ausfluß verschwindet. Aber auch hier muß man die Behandlung trotz Fehlen aller objectiven Symptome Wochen lang fortsetzen. Sämtliche Fälle seiner Privatpraxis hat Verf., allerdings manche nach viele Monate langer Behandlung, vollkommen geheilt entlassen. Daß darunter viele Ehemänner vorhanden waren, ist ja bei der Häufigkeit des außerehelichen Coitus selbstverständlich.

In keinem Falle kam es zu einer Infection der Frau. Dem Patienten kann eben nicht dringend genug eingeschärft werden, sobald ihm nach der Entlassung aus der Behandlung die Erlaubnis zum Coitus erteilt wird, vor jedem Act zu uriniren. So ist Verf. ohne Mikroskop um die heikle Frage, wann Gonorrhoiker heiraten dürfen, gekommen und hat bisher noch keinen Nachteil davon gesehen. Immerwahr (Berlin).

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Danlos: **Du chancre syphilitique dans la première enfance.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, XII. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 14. déc. 1899.)

D. stellt ein 2jähriges Kind mit papulo-squamösem Syphilid, Plaques muqueuses am Anus und im Mund vor. Obwohl die Affection seiner Ansicht nach sicher erworben ist, gelingt es nicht, eine Spur von einem Primäraffect zu finden. Bei einem anderen Kind, das von seiner als Amme inficirten Mutter genährt war, fand man, obwohl man darauf wartete, keinen Primäraffect. Roseolen und Plaques erschienen indes nach einigen Wochen. Morel-Lavallée sah den Primäraffect eines Säuglings nach 18 Stunden wieder verschwinden. Es fragt sich, ob im Kindesalter die Flüchtigkeit des Schankers häufig auftritt, oder ob eine Syphilis d'emblée noch häufiger als bei Erwachsenen, die nach Besnier in 3—5 pCt. der Fälle davon befallen werden, vorkommt. Dreyer (Köln).

Renault: **Syphilide pigmentaire.** (Société médicale des hopitaux. Le progrès médical 1900, No. 3.)

Renault stellte einen Kranken vor, welcher im Anschluß an eine Kratzwunde von Pigmentsyphilis befallen wurde. Die Pigmentirung erstreckte sich vom Halse auf Brust und Rücken bis zu den Weichen. Die Pigmentationen begannen drei Monate nach dem Auftreten des harten Schankers. Immerwahr (Berlin).

Hallopeau et Émery: **Sur un cas de dermatose papulo-squameuse de nature indéterminée.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, XII. Soc. fr. de derm. et de syph., séance du 14. déc. 1899.)

Der 42 Jahre alte Patient, der seit 14 Tagen an einer Gonorrhoe leidet, hat seit acht Tagen einen maculo-papulösen Ausschlag, der fast über den ganzen Körper verbreitet ist, sehr stark juckt, im Uebrigen aber sehr einem syphilitischen Exanthem ähnelt, obschon er eine großlamellige Schuppung

zeigt, keine typische Anordnung besitzt und sonst weder anamnestisch noch klinisch Zeichen von Syphilis aufzufinden sind. Obwohl Renault betont, daß die Exantheme bei Gonorrhoe im chronischen Stadium der Erkrankung gewöhnlich combinirt mit Gelenkerkrankungen und auf die Extremitäten beschränkt auftreten, halten du Castel und Besnier doch an der Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines blennorrhoischen Exanthems fest, zumal da diese Exantheme viel häufiger vorkommen, als bisher angenommen ist, und wahrscheinlich häufig mit Unrecht inneren Mitteln, die in diesem Fall gar nicht verabreicht waren, zugeschrieben werden. Dreyer (Köln).

Herscher: **Leuco-atrophies cutanées et chéloïdes consécutives à des syphilides. Syphilide tuberculeuse lupiforme de la face.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, XII. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 14. déc. 1899.)

Die 31 Jahre alte Kranke, die seit drei Jahren an Lues leidet, zeigt eine Anzahl interessanter Erscheinungsformen der Erkrankung. Im Gesicht, auf Nase und Wangen trägt sie ein knotiges Syphilid, das täuschend einem Lupus gleicht. Nur die schnelle Entwicklung und der Erfolg der Therapie beweisen die syphilitische Natur dieses Exanthems.

Zudem zeigt sie vielfache Narben, die von secundären Papeln herrühren, glatt, atrophisch sind und unter dem Niveau der Haut liegen. Schließlich sind auch Narben von Gummen vorhanden, und zwar in der Form von Keloiden. Das ist um so bemerkenswerter, als Patientin durchaus nicht tuberculös belastet oder veranlagt ist. Dreyer (Köln).

Prof. Rille (Innsbruck): **Die Syphilis der Nase.** (Die Heilkunde 1900, Heft 4.)

Primäre Syphilis der Nase kommt selten zur Beobachtung. Nicht blos die Nasenspitze und die Haut der Nasenflügel, sondern auch das Naseninnere, die Schleimhaut des Naseneinganges wie des Nasenrachenraumes können Sitz des Primäraffectes sein. Sclerosen an diesen Stellen werden nicht selten verkannt, insbesondere als Carcinom diagnosticirt und dann auch event. exstirpirt. Sie sind gewöhnlich knotenförmig und von ziemlicher Größe, im Uebrigen von der bekannten characteristischen Beschaffenheit des harten Schankers. Die Infection kann durch geschlechtliche Acte, Kuß oder Biß, ferner indirect durch Kratzen mit den zufällig mit syphilitischer Materie in Berührung gekommenen Fingern erfolgen. Endlich sind auch Fälle von Infection bei dem Katheterismus der Tuba Eustachii bekannt geworden.

Von secundären Erscheinungen ist speciell das pustulöse und namentlich das annuläre, circinäre oder miliär-papulöse Syphilid hervorzuheben, für welche die Nasenschleimhaut in Folge ihres großen Reichtums an Talgfollikeln besondere Prädilection zeigt. Nässende Papeln kommen an der Nasenschleimhaut viel seltener zur Beobachtung, wie in den anderen sichtbaren Schleimhäuten, doch ist an ihrem Vorkommen nicht zu zweifeln. Häufig klagen secundär Syphilitische über Schmerzhaftigkeit an den Nasen-

eingängen, ohne daß sich mehr wie Rötung oder Fissurenbildung nachweisen ließe.

Ungleich häufiger als alle diese Formen ist aber die tertiäre Syphilis der Nase. Die bezüglichen Veränderungen der äußeren Nase sind von besonderer practischer Bedeutung, sowohl in diagnostischer wie in therapeutischer Beziehung. Wo objective Merkmale für die Diagnose nicht ausreichend sein sollten, können mit Nutzen anamnestische Angaben herangezogen werden, insofern lupöse Veränderungen gewöhnlich aus der Kindheit oder Pubertät her datiren, Erscheinungen der Syphilis aber recenteren Datums sind, speciell wenn es sich um rasch erfolgten, geschwürigen Zerfall handelt. Mangel schmerzhafter Erscheinungen ist für den Lupus, mitunter ganz intensive, selbst spontan, sicherlich aber bei Berührung vorhandene Schmerzhaftigkeit für Syphilis characteristisch. Jedenfalls wichtiger für die Differentialdiagnose sind aber Unterscheidungsmerkmale morphologischer Art, und zwar ebensowohl die Beschaffenheit von noch nicht zum Zerfall gelangten Knoten, wie die von Geschwüren und Narben. Die syphilitischen Knoten sind mehr regelmäßig in Gruppen oder Kreissegmenten angeordnet, die Lupusknötchen gerade an der Nase im Gegensatz zum serpiginösen Extremitätenlupus mehr unregelmäßig disseminirt oder auch ganz isolirt stehend. Ferner ist die Involution des lupösen Knochens oder Infiltrates keine so typische wie bei Syphilis. Das lupöse Geschwür ist mehr flach, schlapp, nie besonders tiefgreifend, der Grund gewöhnlich blaß, weniger secernirend, dagegen leicht blutend, während beim ulcerösen Syphilid ein drusig unebener, reichlichen Eiter producirender Geschwürsgrund und ein scharf geschnittener, geröteter und infiltrirter Rand vorhanden ist und auch die Configuration des Geschwürs fast immer regelmäßig kreisförmig, oder wenn dasselbe aus zweien oder mehreren confluirte, nierenförmig oder polycyklisch gestaltet ist. Das syphilitische Geschwür geht gewöhnlich aus dem Zerfall eines einzigen Knotens, das lupöse aus einem durch die Confluenz zahlreicher Knötchen entstandenen Erweichungsherde hervor. Die Narbe bei Lupus ist mehr diffus, weich, zart, bisweilen seidenartig glänzend, die Gummanarben immer scharf umschrieben, den Contouren des ursprünglichen Geschwürs gemäß beschaffen, im Beginn rötlich, später diffus braun, schließlich hellweiß und von einem schmalen, braunen Pigmentsaum umgeben. Bei Syphilis findet man an der Peripherie der Narbe recente Knoten oder Geschwürsbildung, da der Proceß in Form von Schlangenlinien weiter schreitet, bei Lupus, der kaum je ausheilt, gerade in die Mitte der Narbe eingesprengte Knötchen.

Die Syphilis der Nase beginnt entweder schleichend, unvermerkt, unter dem Bilde eines Schnupfens, Nasenverstopfung, herabgesetzter Riechschärfe und der Production eines schleimig-eitrigen Secrets, dem aber Blut und Borken beigemengt sind. Nicht selten aber bestehen auch bedeutende subjective Störungen, dumpfer Schmerz und Druckgefühl an der Nasenwurzel, dem Nasenrücken, in der Tiefe der Nase oder der Stirnhöhlengegend; dazu treten abendliche, nicht unbeträchtliche Temperatursteigerungen. Häufig ist

die Erkrankung der Concha inferior, welche stark anschwillt, die Nasenhöhle verlegt und einen Einblick in dieselbe unmöglich macht. Ihre Schleimhautoberfläche ist ulcerirt, die Geschwüre meist länglich, fissurenförmig. Diese und die beiden anderen Muscheln können ganz oder teilweise necrotisiren und losgestoßen werden. Damit in Verbindung oder isolirt besteht die Erkrankung der Nasenscheidewand, der knorpeligen oder der knöchernen oder auch beider zusammen, an welchen zunächst mehr weniger große, eiternde Geschwüre sichtbar sind. Ebenso kann die Erkrankung des Nasenbodens von Septum und Muscheln aus oder selbstständig erfolgen und zum Endausgange Bloßlegung des Knochens und Perforation nach der Mundhöhle haben. Auch die pneumatischen Nebenhöhlen der Nase, das Antrum Highmori, die Keilbein- und Stirnhöhlen können in Mitleidenschaft gezogen werden, indem die Krankheit sich auf diese ausdehnt. Die Keilbeinhöhlen kann man bisweilen in Fällen von besonders hochgradigen Defecten im harten und weichen Gaumen eröffnet zu Tage liegen sehen. Affection der Stirnhöhlen im Sinne einer oberflächlichen, catarrhalischen Entzündung dürfte in Anbetracht des so häufig constatirbaren dumpfen Druck- und Schmerzgefühles bei vielen mit Nasensyphilis behafteten Kranken nicht zu den Seltenheiten gehören. In Folge der geschilderten Zerstörungen von Knochen und Weichteilen kann es zu Deformitäten der äußeren Nase kommen. Es entstehen die sogenannte Habichtsnase oder die Sattelnase, es kommt zu Verwachsungen der Muschel mit dem Septum, der Concha inferior mit dem Nasenboden, ferner zu Atrophie und Schrumpfung derselben, sowie zu Verengerung der Nasenhöhlen. Ueble Ausgänge sind namentlich durch Affection des Siebbeinlabyrinths und des Keilbeins mit Perforation und consecutiver Meningitis gegeben. Eins der häufigsten Symptome, insbesondere aber den Endausgang derartiger schwerer Nasenerkrankungen bildet die sogenannte Ozäna oder Punaisie: die syphilitische Stinknase. Man beobachtet indes auch nicht gerade leichte Fälle von Nasensyphilis und Knochennecrose, welche keine Ozäna im Gefolge haben.

Was den Zeitpunkt des Auftretens der Nasensyphilis betrifft, ist zu unterscheiden zwischen der Syphilis maligna praecox und der tertiären Syphilis im strengeren Wortsinn. Während bei der ersteren geschwürige und destruirende Processe, die sich aber zunächst auf die Haut und die Weichteile beschränken, schon wenige Monate nach der Infection erscheinen, treten die Affectionen des Naseninneren mit vorzugsweiser Beteiligung des knöchernen Gerüstes in der Mehrzahl der Fälle im dritten oder vierten Jahre der Erkrankung auf, doch auch beträchtlich später, selbst nach Jahrzehnten. Ein fast regelmäßiges Symptom bildet die Nasenerkrankung bei der hereditären und congenitalen Syphilis, welches auch in Fällen, wo sonstige Krankheitszeichen fehlen, vorhanden zu sein pflegt. Dieselbe besteht in einer Rhinitis, welche sich in Folge der Enge der kindlichen Nasengänge und der oft beträchtlichen Secretion in deutlichster Weise bemerkbar macht durch die characteristische, schnüffelnde Atmung und das Offenhalten des Mundes. Das Secret ist nicht selten rein eitrig und wird in abundanter Menge ab-

gesondert, oder es besteht völlige Verstopfung der Nasenöffnungen durch schwer entfernbare, trockene, harte Borken. Auch das Vorkommen von Knochennecrosen und consecutiver Sattelnase wurde beobachtet.

Bei Rhinitis, Papeln und Fissurenbildung der Secundärperiode genügt es, mit 1 proc. gelber Präcipitatsalbe bestrichene Wattetampons in die Nase einzuschieben und gelegentliche Lapisätzungen vorzunehmen. Die größte Umsicht erfordert jedoch die Behandlung der ulcerösen Spätformen. Nachdem gerade an der Nase syphilitische Geschwüre innerhalb weniger Tage bereits bedeutende Dimensionen annehmen können, ist, um nicht wieder gut zu machende Destructionen hintanzuhalten, sofort im Moment des Eintritts in die Behandlung eine energische allgemeine und namentlich locale Therapie einzuleiten. Bei älterer Syphilis ist souveränes Mittel das Jodkalium, am besten in steigender Dosis 10:200 Wasser, mit zwei Löffeln zu beginnen und täglich um einen Löffel zu steigen bis auf sechs, dann in derselben Weise herunter und wieder hinauf. Die Localbehandlung besteht außer Jodoform- oder Präcipitatsalbenverbänden in täglich vorzunehmenden Lapisätzungen, welche nach vorheriger Bepinselung mittelst 5 proc. Cocainlösung mit concentrirter Lapislösung **1:4** bis **1:1** vorzunehmen sind; wenn auch da noch Weiterschreiten des Geschwürsrandes zu constatiren, ist Aetzung mit Kali causticum in Substanz oder Anwendung des Paquelin'schen Thermocauters geboten. Die Behandlung der Syphilis des Naseninnern beginnt mit täglich mindestens zweimal vorzunehmenden Ausspülungen der Nasenhöhlen mit Kalium permanganicum aus einem mit einem Nasenansatz versehenen gewöhnlichen Irrigator. Die größte Bedeutung kommt der möglichst frühzeitigen Lösung der necrotischen Knochenstücke zu, ferner bei Granulations- und Geschwürsbildung ebensowohl der Cauterisation mit Argentum nitricum oder Galvanocaustik wie der Anwendung des scharfen Löffels.

Lubowski.

Galippe: **De l'interprétation de certaines anomalies dentaires.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, XII. Soc. fr. de derm. et de syph., séance du 14. déc. 1899.)

Eine mangelhafte und verzögerte Entwicklung der Zähne ist bei hereditärer Lues häufig und betrifft die erste wie die zweite Dentition. Der eigentliche Hutchinson'sche Zahn ist eine Seltenheit, kommt aber nicht allein bei hereditärer Syphilis vor, sondern auch bei anderen hereditären Belastungen und Mißbildungen. Schwere Irrtümer bei der Beurteilung begeht man, wenn die individuelle Form der Zähne nicht berücksichtigt wird. Abnorme Kleinheit und Größe, eckzahnähnliche Form und „polytuberculöse“ Beschaffenheit der Zähne weisen auf verschiedene hereditäre Veranlagungen hin. Mangel einzelner Zähne und Persistiren der Milchzähne haben nichts mit hereditärer Syphilis zu thun. Moty glaubt, daß Abweichungen im Verhalten der Zähne bei den Rassen vorkommen.

Dreyer (Köln).

Edmond Fournier: **Syphilome gommeux avec dégénérescence éléphantiasique. Syphilis héréditaire.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, XII. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 14. déc. 1899.)

Der 48jährige Mann leidet seit dem 25. Lebensjahr an Beingeschwüren, die jetzt am rechten Bein zu einer erheblichen Elephantiasis geführt haben. Jodkali bewirkt eine wesentliche Besserung. Patient hat niemals Syphilis erworben, indes beweisen langsame körperliche Entwicklung, Erosionen der Zähne, Augenerkrankungen vom 8. bis 12. Lebensjahr und vor Allem Reste von Neuritis papillaris und Pigmentveränderungen auf der Netz- und Aderhaut eine hereditäre Lues. Dreyer (Köln).

Dr. Rob. Kutner: **Eine neue Methode der Syphilisbehandlung durch Inhalationen.** (Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 2.)

Die Methode des Verfassers ist folgende: In einem geschlossenen Kasten wird Quecksilbersalbe durch eine hierfür geeignete Vorrichtung, die der Patient selbst in Thätigkeit setzen kann, ausgiebig verrieben, hierbei werden, wie bei der üblichen Inunctionskur, für das Hg fortwährend neue Oberflächen geschaffen. Allen sich entwickelnden Quecksilberdampf atmet Patient mittels einer Maske und eines vom Kasten ausgehenden Schlauches ein. Um event. eine Temperaturerhöhung im Innenraum des Kastens bewirken zu können, ist eine einfache Heizvorrichtung vorgesehen; bisher wurde sie nicht benutzt. Es liegt der Gedanke nahe, nicht durch Verreibung, sondern lediglich durch directe Anwendung von Hitze das Quecksilber resp. eine Quecksilberverbindung in einem Kasten zum Verdampfen zu bringen und es dann inhaliren zu lassen. Jedoch sah Verf. von dieser Anwendungsform wegen zweifelloser Intoxicationsgefahr ab; immerhin beabsichtigt er, unter Anwendung besonderer Vorsichtsmaßregeln auch Versuche in dieser Richtung anzustellen.

Die Vorzüge dieser Quecksilberinhalationsmethode den übrigen Inhalationsmethoden gegenüber schildert Verf. folgendermaßen: Während dort der größte Teil des verdampfenden Hg in die atmosphärische Luft geht, atmet hier der Patient allen Quecksilberdampf ein, der sich überhaupt entwickelt; während in Folge dessen dort eine Dosirung des eingeatmeten Quecksilbers ganz unmöglich ist, gestattet Verf.'s Methode eine fast genaue Dosirung dadurch, daß man eine bestimmte Quantität Quecksilbersalbe verreiben und den Patienten eine bestimmte Zeit hindurch inhaliren läßt. Während dort die Patienten, wie bei der Inunctionskur, Tag und Nacht Hg einatmen, wodurch bei Neigung zur Stomatitis das Auftreten einer solchen begünstigt wird, atmen sie es hier nur kurze Zeit ein; während dort endlich die Patienten dauernd einen Beutel oder Schurz tragen müssen, sind sie hier nach der event. in der Behausung des Arztes vorzunehmenden Inhalation mit der Behandlung fertig.

Die Frage, ob es hier bei der vom Verf. vorgeschlagenen Inhalationsmethode gelingt, in einem nicht zu langen Zeitraum ein für therapeutische Zwecke hinreichendes Quantum Quecksilber dem Körper vorzuführen, beantwortet Verf. auf Grund sowohl experimenteller wie auch klinischer Beobachtung bejahend. Intoxicationserscheinungen wurden bei Anwendung dieses Verfahrens niemals beobachtet; selbst in einem Fall, in dem vorher Quecksilbereinreibungen mit Erfolge einer sehr heftigen Gingivitis gemacht wurden, wurden die Inhalationen ohne Schaden vertragen. Lubowski.

Dr. Justus: **Wie heilt das Quecksilber die Syphilis?** Untersuchungen und Beobachtungen betreffend das Wesen der specifischen Therapie. (Ung. med. Presse 1900, No. 1.)

Dem Verf. gelang es, auf experimentellem Wege nachzuweisen, daß das Wesen der specifischen Therapie darin besteht, daß das Quecksilber in die syphilitischen Excrescenzen mit dem Blutstrom gelangt, in die in den Wänden der Gefäße befindlichen Zellen und in die den Hauptbestandteil der Excrescenzen bildenden Plasmazelien eindringt, ihre Lebensfähigkeit herabsetzt, die Zellen zur Rückbildung bringt und das Gewebe zum Verschwinden geeignet macht. M. L.

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Dr. Lucas (Köln): **Beitrag zur Penisamputation.** (Centralblatt für Chirurgie 1900, 1.)

Der Umstand, daß die meisten Patienten nach Penisamputation eine Strictur der vorderen Urethralmündung behalten, veranlaßte den Verfasser, nach einer Operationsmethode zu fahnden, welche diesem Uebelstande abhilft. Folgendes Verfahren soll dem vorgesteckten Ziele in vollkommener Weise entsprechen: Vom vorderen Scrotumwinkel beginnend, führt man über die Unterseite der Corpora cavernosa der Urethra einen Längsschnitt und präparirt dieselbe von diesem Schnitte unten und seitlich so weit frei, daß man annehmen kann, im Gesunden die nun kommende Durchtrennung der Urethra allein vollführen zu können. Nunmehr wird die Urethra auch an der Vorderseite isolirt und alsdann nach unten gelegt. Ein Querschnitt beginnt dann am unteren Ende des Längsschnittes und amputirt den restirenden Teil des Penis, die Corpora cavernosa penis möglichst weit von Krebsmasse entfernt. Nun ragt aus der Wunde die Urethra isolirt 3—4 cm weit vor. Eine Naht, welche die Ränder der Tunica albuginea der Corpora cavernosa penis faßt und über das Parenchym derselben mit einander ver-

einigt, senkt den Penisrest in die Tiefe. Dann folgt die Hautnaht, welche teils die Hautwundränder mit einander, teils dieselben möglichst tief mit den Seitenflächen der Urethra vernäht, nämlich 2 cm von ihrem peripheren Ende. Doch soll die Schleimhaut dabei nicht mitgefaßt werden. Die Naht, welche die Seitenflächen der Urethra mit der Haut vernäht, soll möglichst gleichmäßig die ganze wunde Seitenfläche mit der Haut vereinigen. Es ist weiterhin ratsam, die Urethra nicht zu sehr ihres umliegenden Gewebes zu berauben, ihren peripheren Teil auch nicht zu viel mit Instrumenten zu fassen, um eine, wenn auch nur partielle, Gangrän zu vermeiden. Es wird für die ersten Tage ein Dauerkatheter eingelegt. Vom Katheterisiren ist Abstand zu nehmen, weil der Druck des Instrumentes die Urethra blasenwärts verschiebt und leicht die Nähte löst, weiterhin auch der intendirten Auswärtsrollung der Schleimhaut entgegenarbeitet. Nach Heilung der Hautwunde wird der Katheter entfernt; die Patienten uriniren dann ohne Schwierigkeiten spontan. Der dauernde nachträgliche Gebrauch des Katheters zur Verhütung der Strictur der äußeren Oeffnung ist ganz überflüssig. Die Drüsenmetastasen entfernt Verf. in letzter Zeit erst in einer zweiten Sitzung nach Heilung der Haut- und Urethralwunde, bei guter Function der Blase: es ist dann eher die Möglichkeit geboten, den Urin von der Inguinal- resp. Abdominalwunde fernzuhalten. Der Erfolg dieser Operationsmethode ist ein sehr guter. Das Zustandekommen der Umkremplung der Urethra wird auf folgende Weise bewerkstelligt: An der Nahtstelle mit der Haut verwachsen Tunica albuginea und Haut mit einander, an der Amputationsstelle der Urethra verwachsen Schleimhaut und Tunica. Die Tunica albuginea hält vermöge ihrer Elasticität die Schleimhaut auseinander. Die Vernarbung geht nun auch an der Außenseite der Urethra vor sich, die Narbe verkürzt sich und schlägt die Tunica und Schleimhaut nach außen um. Dadurch entsteht ein nach vorn gehender convexer Rand der Tunica, des Corpus cavernosum urethrae und der Schleimhaut; diese wird in die circuläre Hautnarbe hinabgezogen. Die elastische Tunica albuginea unterhält einen gleichmäßigen Zug nach außen, beugt der Hautretraction und somit auch der Strictur vor. Lubowski.

Jos. Englisch (Wien): **Periurethritis infectiosa.** (Wiener med. Wochenschr. 1899, No. 44 u. 45.)

Die Erkrankung beginnt mit heftigem Fieber, ohne daß zunächst eine locale Ursache bemerkbar ist. Erst nach einigen Tagen bis zu drei Wochen stellt sich als erstes örtliches Symptom eine ödematöse Schwellung des Hodensackes ein, ohne Beschwerden bei der Harnentleerung; die Schwellung breitet sich immer mehr aus, nach dem Mittelfleisch, der Leistengegend, der Unterbauchgegend; allmählich nimmt sie den phlegmonösen Character an. An einer umschriebenen Stelle des Mittelfleisches kommt es zur Erweichung mit spontanem Durchbruch, wenn nicht vorher Entleerung der Höhle mittelst Einschnittes erfolgt; doch kann der Zerfall der Infiltration auch an mehreren

Stellen erfolgen. Die Untersuchung der Harnorgane läßt keine Erkrankung derselben nachweisen; vielmehr ist der entzündliche Vorgang anfangs nur auf die Haut beschränkt, pflanzt sich in dieser fort und greift erst später auf die tieferen Schichten des Hodensackes und Mittelfleisches über. Es ist daher die Annahme der Guyon'schen Schule zurückzuweisen, daß der Proceß die Folge einer Infection von der Harnröhre aus sei, durch die normaler Weise hier vorkommenden Kokken und Bacterien, daß nun die Harnröhre immer tiefer und tiefer gegen die Oberfläche hin ergriffen werde, erweiche und schließlich den Harn austreten lasse.

Daß man es nicht etwa mit einem Erysipel zu thun hat, dem widerspricht Verlauf und Beobachtung: die prodromalen Symptome bestanden manchmal schon einige Wochen lang und Schüttelfrost trat, auch zu wiederholten Malen, ein, ehe die Hautaffection sich zeigte; ferner fehlte die scharfe Begrenzung und die Beschränkung auf die eigentliche Haut. Große Aehnlichkeit hat der Proceß mit jenen Entzündungen, die man bei Diabetes mellitus zu sehen bekommt.

Die Behandlung soll eine sehr energische sein. Führt die strenge Anwendung der Kälte nicht rasch eine Besserung herbei, so warte man nicht bis zum ausgebreiteten eitrigen Zerfalle, sondern mache ausgiebige Einschnitte bis an die Grenze der Röte und tief in das Unterhautzellgewebe. Dem Kräfteverfall ist entgegenzuarbeiten, auch achte man auf etwaige Thrombosen und Embolien der Lunge und des Herzens.

Verf. fügt seinen Ausführungen eine Reihe ausführlicher Krankengeschichten bei. E. Samter.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Reinhard Rörig und Fritz Rörig: **Zur Behandlung der Prostatahypertrophie.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorgane 1899, Heft 12.)

Verff. fassen in Kürze unter Anführung von vier ihrer characteristischsten und anscheinend bestgelungensten Fälle ihre Erfahrungen über die Bottini'sche Operation bei Prostatahypertrophie zusammen und resumiren sich dahin, daß sie „eine an Heilung grenzende Besserung fast bei allen Operirten erzielt, ein Fortschritt, den wir mit einer palliativen Behandlung niemals erreichen konnten“. Sie plaidiren dafür, geeignete Fälle immer zu incidiren, wenn eine mehrwöchentliche palliative Behandlung erfolglos war, und zwar besonders deshalb, weil die Operation keiner Narcose und keiner längeren Bettruhe bedarf. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Chiarleoni (Palermo): **Hermaphroditismus an 2 „Schwestern".** (Acad. medico-chir. univ. di Palermo. Ref. nach Wiener med. Presse 1900, No. 2.)

Die beiden Personen waren 17 und 15 Jahre alt, weiblich gekleidet und erzogen worden; Eltern und Geschwister vollkommen normal gebildet. Die Mißbildung besteht in perinealer vulviformer Hypospadie mit Cryptorchismus; die Testikel stehen zu beiden Seiten des Mons veneris oberhalb des Leistenringes. Die Brüste sind gut entwickelt; die sonstige Körperbeschaffenheit weist männlichen Habitus auf. E. Samter.

Legueu: **De l'inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle.** (Congr. franç. de chirurgie 1899. Revue de chirurgie 1899, XI, 601.)

L. wendet bei der Therapie der Hydrocele die Umwendung der Tunica vaginalis testis dergestalt an, daß er das parietale Blatt der Serosa umwendet und dasselbe längs des Samenstranges in die Höhe streift. Unter 22 Fällen kam es zweimal zum schnellen Recidiv, weil die Umdrehung sich wieder aufgerollt hatte und der Status quo wieder eingetreten war; deshalb fixirt er jetzt die umgedrehte Lamelle durch einige Catgutnähte am Samenstrang. Die Umdrehung der Tunica muß zur sicheren Heilung eine complete sein, d. h. ganz um den Hoden herumgehen; dazu muß man mit dem Finger die Lamelle von den anderen Hodenhüllen gänzlich loslösen und den Hoden mit seiner Hülle aus dem Scrotum herausziehen; um dies zu ermöglichen, darf die Hydrocele nicht zu groß sein und nicht zu hoch am Samenstrang hinaufsteigen, sonst bleibt nicht genügend Platz, um die umgedrehte Haut längs des Samenstranges faltenlos auszubreiten. Ferner darf die Vaginalis nicht zu viel an Schmiegsamkeit eingebüßt haben und muß relativ normal sein. Eine Hydrocele mittlerer Größe ohne Verdickung der Vaginalis ist ein geeignetes Object für diese leichte, einfache, rasche, fast blutlose Operation, welche meist keine Unterbindungen erfordert und ein ebenso gutes Resultat wie die Resection ergiebt. Mankiewicz.

VII. Blase.

Albertin: **Résection du nerf honteux interne dans la cystite douloureuse.** (Société de chirurgie de Lyon, Juli 1899. Revue de chirurgie 1899, XII, 767.)

Ein an Cystalgie leidender Kranker mußte täglich 40—45mal harnen; nach vielen therapeutischen Mißerfolgen machte A. nach dem Vorgange Rochet's die Resection des Dammastes des Nervus pudendus internus. Der Kranke wurde vollständig geheilt. Diese Methode ist der Cystostomie

bei weitem vorzuziehen. Chandeluse hat bei Cystalgie von der forcirten Dilatation des Anus gute Erfolge gesehen; er hält die Durchtrennung des N. pud. int. nicht für gleichgiltig, da Experimente an Hunden gezeigt haben, daß in manchen Fällen mit der Durchtrennung die Erection des Penis beeinträchtigt oder vernichtet wurde. Rochet erinnert daran, daß seine Methode auf der Theorie des Tetanus oder des Krampfes der Harnröhren- und Dammmuskeln aufgebaut ist; andere Methoden geben auch gute Resultate, aber in manchen rebellischen Fällen sieht man nach Perinealschnitten, gewaltsamen Erweiterungen des Blasenhalses den Schmerz bei Schluß der Fistel sofort wieder auftreten. Die Durchtrennung des inneren Schamnerven kann man vor, als auch hinter seiner Gabelung machen; trennt man ihn hinter der Gabelung, so schont man die der Erection vorstehenden Fasern. Ollier hat nach der Blasenöffnung mit Dilatation 10jährige Heilungen beobachtet; er zieht hier die Sectio perinealis der Sectio alta vor, besonders wenn Veränderungen am Damm vorliegen. Nach Operationen bei Cystalgie kommt es oft zu Recidiven; deshalb soll man das neue Verfahren Rochet's versuchen. Uebrigens teils Jaboulay mit, daß Simpson schon 1861 die Resection des N. pudend. int. gemacht hat. Mankiewicz.

Dr. Verhoogen: **Zwei Fälle von beträchtlichen Divertikeln der Blase.** (Allgemeine Wiener med. Zeitung 1900, No. 1.)

Der erste der beiden hochinteressanten Fälle betrifft einen 60jährigen Prostatiker, der wiederholt an Blasensteinen litt, die stets durch Lithotripsie entfernt wurden. Nach jeder Lithotripsie stellte Verf. cystoscopisch fest, daß die Blase leer war. Es war eine Blase mit vorspringenden Trabekeln, aber ohne Divertikel und ohne abnorme Oeffnung Im Januar vorigen Jahres mußte wiederum an dem Patienten die Lithotripsie vorgenommen werden, welche nun zum ersten Mal einerseits von Blutung und andererseits von keiner Besserung begleitet war. Dazu hat die Operation selbst zu einer Blutung Veranlassung gegeben, so daß es dem Verf. unmöglich war, unmittelbar nach der Operation den Zustand der Blase mittels Cystoscop festzustellen. Als Verf. einige Zeit darauf den Patienten, der über Auftreten von Blut und Eiter in seinem Harn zu berichten wußte, cystoskopisch untersuchte, constatirte er, daß die Blase ganz leer ist. Bei einer sorgfältigen Untersuchung der Wände erblickte er in der Gegend des rechten Ureters eine kleine, runde Oeffnung, durch welche sich Eiter entleerte. Eine in diese eingeführte Sonde konnte nicht tiefer als 6 cm versenkt werden. Die Niere war auf dieser Seite normal. Verf. schloß auf das Vorhandensein einer Tasche, in der sich der Eiter bildet, und nahm in Folge dessen den hohen Steinschnitt vor. Mit Mühe gelang es ihm, die cystoskopisch beobachtete Oeffnung zu finden; er erweiterte sie mit dem Bistouri und drang mit dem Finger in eine weite Höhle ein, welche die Ausdehnung einer Orange hatte, Eiter und zwei runde, kirschgroße Steine enthielt. Verf. drainirte die Höhle, nachdem er sie bei der Einmündung in die Blase ausgiebig geöffnet hatte. Der Kranke erholte sich rasch und war in einigen Wochen vollkommen her-

gestellt. Nach einem größeren Zeitraum cystoskopirte Verf. wieder, darunter auch die von ihm geöffnete Höhle, welche alle characteristischen Eigenschaften einer wahren Blase hatte. Die Einmündung des correspondirenden Ureters konnte Verf. nicht entdecken.

In der kritischen Betrachtung des vorstehenden Falles spricht Verf. die Vermutung aus, daß es sich in demselben um ein Divertikel handelte und daß die wiederholt in der Blase aufgetretenen Steine aus diesem Divertikel stammten. Bezüglich des Divertikels nimmt Verf. mit einiger Wahrscheinlichkeit an, daß dasselbe die untere, sehr erweiterte Partie des Ureters war. Leider hat es Verf. unterlassen, mittelst Ureterkatheters sich darüber volle Klarheit zu verschaffen.

Der zweite Fall betrifft einen 60jährigen, in puncto Harnorgane bis dahin vollkommen gesunden Mann, der seit einigen Monaten über leichte Blasenbeschwerden klagte, die nach einem sehr langen Marsch plötzlich mit Harnbluten eingesetzt haben sollen. Verf. constatirte, daß die Blase bei dem Patienten nach der Miction ca. 1 l Urin enthalte, in welchem die mikroskopische Untersuchung nichts als Blutkörperchen feststellte. Da die Prostata normale Größe hatte, glaubte Verf., eine Harnverhaltung in Folge von Parese der Harnblase annehmen zu können und führte einen weichen Dauerkatheter ein mit dem Resultat, daß die Harnblase sehr rasch ihre normale Contractilität erlangte, der Harn aber blutig blieb. Die nunmehr vorgenommene cystoskopische Untersuchung ergab in der Gegend des Trigonum granulationsförmige Fungositäten, die reichlich bluteten, aber kein krebsähnliches Aussehen zeigten. In der Annahme, daß es sich vielleicht um einen Herd einer alten Cystitis handelte, applicirte Verf. täglich eine Instillation von einer 1 proc. Arg. nitr.-Lösung. In einigen Tagen änderte sich der Character des Harns: er verlor sein rötliches, blutiges Aussehen, wurde schwarz, zeigte reichlichen Niederschlag und verbreitete gangränösen Geruch. Verf. nahm nur Auswaschungen der Blase mit Kalium permanganicum vor, wobei er folgende seltsame Wahrnehmung machte: Nachdem er die Harnblase mit der Flüssigkeit 20 mal hintereinander ausgespült hatte, floß die Spülflüssigkeit so, wie sie beschaffen war, zurück und die Blase schien ganz gereinigt; doch floß nach einigen Minuten wieder die schwärzliche, gangränös riechende Flüssigkeit aus der Blase. Diese Flüssigkeit mußte also aus einer Höhlung kommen, in welche die Kalium permanganicum-Lösung nicht eindringen konnte. Hoher Steinschnitt. Mit dem Finger constatirte Verf., daß die Blase in ihrem Innern normal war, mit Ausnahme ihrer tiefsten Partie, woselbst eine 2—3 cm im Durchmesser messende Zone bestand, deren Schleimhaut nicht glatt, sondern mit Wucherungen bedeckt und gerunzelt war. Beim Versuch, diese Wucherungen mit dem Nagel des Zeigefingers wegzukratzen, entdeckte Verf. eine Oeffnung, in die er mit Leichtigkeit den Finger einführen konnte. Er constatirte dabei, daß die Wände der Tasche von einer glatten Schleimhaut ausgekleidet waren, welche der normalen Mucosa der Blase glich. Während der Untersuchung entquoll der Oeffnung ein Strom der oben geschilderten putriden Flüssigkeit. Sorgfältige Aus-

spülung der Höhle mittelst Katheters, bis die Flüssigkeit rein zurückfloß. Den Katheter ließ Verf. in der Folge liegen, und zwar in der Art, daß er, ausgehend von dem Grunde der Höhle. die Blase durchquerte und bei der hypogastrischen Wunde herauskam. Sodann legte er durch das Hypogastrium ein Drainrohr in die Blase und einen Dauerkatheter in die Harnröhre. Von diesem Moment an wurde der Urin des Patienten wieder normal. Als Pat. nach 14 Tagen zum ersten Mal für einige Stunden aufstand, verlor er das Drainrohr und den urethralen Katheter, deren Wiedereinführung dem Verf. nicht wieder gelang. Trotzdem es in der Folge unmöglich war, die Tasche direct zu reinigen, begann doch die Vernarbung sich zu bilden, und der Kranke befindet sich gegenwärtig auf dem Wege der Genesung.

Ueber die Natur und den Ursprung der beschriebenen Eiterhöhle vermag Verf. keine positive Aufklärung zu geben: Unter den bestandenen Verhältnissen scheint ihm folgende Hypothese die wahrscheinlichste zu sein: Der Divertikel der Blase fand sich in geschlossenem Zustande vor; nach und nach dehnte er sich bis zu dem Punkte aus, daß er enorme Dimensionen erreichte; eines Tages öffnete er sich von Neuem und entleerte Blut und später Eiter. Lubowski.

Zuckerkandl: **Ein Fall von Contusion der Harnblase.** (Centralblatt für Harn- und Sexualorgane 1899, 12. Heft.)

Der 33jähr. Kranke hatte im Anschluß an eine größere Kraftanstrengung ein Brennen in der Harnröhre verspürt und im Anschluß Bluthamen bekommen, welches in profuser Weise in einzelnen Intervallen 14 Tage andauerte. Cystoskopisch erschien die Blasenschleimhaut normal, aber auffallend blaß. An der hinteren Wand und am Grunde zeigten sich einzelne blaurot gefärbte, bis kreuzergroße, etwas über das Niveau prominirende Plaques; an einzelnen dieser erscheint die abgehobene Schleimhaut an umschriebener Stelle eingerissen; aus diesen Stellen sickert Blut heraus. Die Papille des rechten Harnleiters, wie der Harnleiterwulst an dieser Stelle sind stark geschwellt, blaurot verfärbt, wie blutig suffundirt. Aus dem so veränderten Harnleiter strömt zeitweilig klarer Harn. Die Behandlung war eine indifferente. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

N. Bardescu: **Ein neues Verfahren für die Operation der tiefen Blasen-Uterus-Scheidenfisteln.** (Centralbl. f. Gynäkologie 1900, No. 6.)

Als tiefe Blasen-Uterus-Scheidenfisteln sind jene Abart von Blasenfisteln bekannt, die durch eine mehr oder weniger ausgedehnte Zerstörung der Blase, des vorderen Scheidengrundes und der vorderen Cervixlippe entstehen, so daß diese Höhlen in unmittelbarer Verbindung sind. In Folge ihrer Lage, tief in der Scheide, und namentlich in Folge der eigentümlichen Structur der dabei beteiligten Organe bieten diese Fisteln verschiedene

poerative Schwierigkeiten. In den Fällen, wo ein Zutritt durch die Scheide möglich ist, ist es ratsam, diesen Weg einzuschlagen, namentlich wenn ein Verfahren angewendet werden kann, das einen raschen und vollständigen Erfolg verbürgt. Das Verfahren, welches B. in drei Fällen tiefer, enormer Blasen-Uterus-Scheidenfisteln, alle post partum, angewandt hat, nennt er combinirte Cysto-Kolpo-Köliorraphie, nach den Teilen, die an der Reparation der Läsionen teilnehmen. Was die Technik des Verfahrens anbetrifft, so ist eine allgemeine Indication, daß es vorzuziehen ist, die Operation gleich nach Beendigung des Wochenbettes zu vollziehen. Vor der Operation muß die Operationsgegend einige Zeit vorbereitet werden. Die Teile werden täglich mit Borsäurelösungen gewaschen; gegen die Entzündung wird eine 10proc. Wismuth-Subnitrat- und Borsäuresalbe āā angewendet. Die Operation wird in Narcose vollzogen. Die Kranke nimmt die von Simon angegebene dorso-sacrale Lage ein, wobei das Becken durch starke Flexion der Oberschenkel erhöht wird. Die Operation besteht aus vier Zeitabschnitten. 1. Befreiung und Behandlung des Uterus. Die Fistel wird bloßgelegt und sichtbar gemacht. An beiden Seiten der Fistel, dem seitlichen Scheidengrunde zu, wird je ein Einschnitt der Vaginalwand auf die Cervix gemacht, um die vordere Uterusfläche mit größerer Leichtigkeit freizumachen. Mittels dieses Einschnittes wird mit Finger oder Scheere die Blase vom Uterus bis zum vorderen Peritoneum losgelöst, wo mit der Präparation des Uterus aufgehört wird. Mit scharfer Curette werden nur Uterushöhle und Cervicalcanal gereinigt und mit 3proc. Carbolsäure abgerieben. Nachher werden die Ränder des Uterusrisses angefrischt, dieselben einander genähert und mittels unterbrochener Catgutnaht mit einander vereinigt, und zwar so, indem der Faden oberhalb der Mucosa des Cervicalcanals und nur in den musculösen Teil eingeführt wird, so daß der Faden verdeckt und außerhalb der Uterushöhle bleibt. 2. Spaltung der Blasenscheidenwand und Obliteration des Blasenrisses. Von den Seitenincisionen der Vagina ausgehend werden die Fistelränder an der Grenze zwischen Blase und Scheide getrennt und von einander auf einer Ausdehnung von 2—3 cm gelöst, so daß die Blasenwände die gewünschte Beweglichkeit erlangen. Die Blasenränder werden mit fixen Pincetten gefaßt und die Fistel so weit wie möglich nach außen gezogen. Um die Blase zu schließen, wird eine Catgutnaht mit doppelter Etage gemacht: zuerst eine Beutelnaht unterhalb des Randes der Blasenschleimhaut submucös; wird dieser Faden angezogen, nachdem die freien Blasenränder mittels cannelirter Sonde der Höhle zu umgebogen werden, so erzielt man den Verschluß der Fistel. Um die Cystorraphie zu beenden, wird über diese submucöse Naht eine zweite fortlaufende oder unterbrochene musculo-musculöse Blasennaht gemacht, die lineär in einer Ausdehnung von 2—3 cm verläuft. Mit dieser Naht ist die Blase vollständig geschlossen. 3. Eröffnung des Peritoneums und Kolpo-Köliorraphie. Im weiteren Verlauf der Operation wird das Peritoneum am vorderen Scheidengrunde am Uterus der Vaginalöffnung entsprechend eröffnet, mit zwei Pincetten wird das vordere Peritonealblatt gefaßt und unterhalb der Blase geleitet, um es mit

der Scheidenwand in Berührung zu bringen. An der Grenze der Spaltung der Blasen-Scheidenwand nach vorn wird dieses Peritonealblatt mittels einiger Catgutnähte an die Scheidenwand befestigt und bleibt dann nach dem Schluß der Scheide versenkt. Aus dieser Vereinigung ergiebt sich, daß das Peritoneum zwischen Blase und Scheidenwand gelagert wird, so daß es eine neue Fläche bildet, die die Blasennaht verstärkt und deren Unbeweglichkeit verbürgt. **4.** Wiederherstellung der Scheide und die Vaginafixation des Uterus. Während der Uterus noch mit der Pincette fixirt ist, wird er möglichst stark angezogen, um seine Vorderfläche gut sichtbar zu machen. Dann werden nacheinander zwei temporäre Roßhaarnähte angebracht, die die Vaginalwunde verschließen; darauf wird die Vaginafixation des Uterus gemacht. Mit diesem Zeitabschnitt ist die Operation beendet und die Fistel vollständig obliterirt. Die Versorgung nach der Operation nimmt einen solch' bedeutenden Teil im Operationserfolg ein, daß auch sie besonders hervorgehoben zu werden verdient. Gleich nach der Operation wird ein Nélaton'scher Verweilkatheter eingelegt und die Scheide mit Jodoformgaze tamponirt. Zweimal täglich werden Borsäurelösungen zu Blasenspülungen benuzt. Jeden zweiten Tag wird die Scheidentamponade gewechselt. Während der ganzen Zeit nimmt die Patientin die Rücken- oder Seitenlage mit flectirten Beinen ein, damit die Bauchwand nicht gespannt ist. Der Verweilkatheter wird am 6.—9. Tage entfernt und durch mehrmals täglich wiederholtes Katheterisiren ersetzt. Erst später wird spontanes Harnen gestattet. Am 10. Tage werden die Nähte entfernt. Dieses geschilderte Verfahren ist leicht auszuführen, erfordert kein specielles Instrumentarium und kann im Fall des Nichtgelingens die Aussichten für einen neuen Eingriff nicht verschlechtern. Nur muß die ganze Aufmerksamkeit auf das Anlegen der Blasennaht verwendet werden, denn von ihr hängt der Erfolg der Operation und der postoperative Verlauf ab.

Immerwahr (Berlin).

VIII. Ureter, Niere etc.

A. Benckiser: **Ueber abnorm ausmündende Ureteren und deren chirurgische Behandlung.** (Zeitschrift f. Geburtshilfe 1899, XLI, 3, S. 413.)

R. Olshausen: **Beitrag zur Verirrung der Ureteren und deren Behandlung.** (Ebenda, S. 423).

Nach Schwarz (Beitr. zur klin. Chir. 1896, Bd. 15) unterscheidet man Verdoppelungen (Vervielfältigungen) der Ureteren und abnorme Ausmündungen beim weiblichen Geschlecht mit offener oder blinder Endigung. Die

Verdoppelungen erklärt B. als entstanden durch mehrfache Ausstülpung des Wolff'schen Ganges bei Anlage des Ureters oder durch Spaltung eines einzelnen Canals (bei unvollkommenen Verdoppelungen). Abnorme Ausmündungen eines einfachen oder überzähligen Ureters (bei dem hier allein berücksichtigten weiblichen Geschlecht) kommen vor in die Harnröhre, in die Vagina, in's Vestibulum vaginae und in die Gartner'schen Gänge (also Reste des Wolff'schen Körpers). Die letzte Varietät, die Oeffnung in die Gartner'schen Gänge, erklärt sich leicht durch die Annahme, daß sich der vom Wolff'schen Gang ausgesproßte Ureter nicht von ihm getrennt habe und seinen Inhalt durch den offengebliebenen Gang nach außen entleere. Für die anderen abnormen Ausmündungen steht die Tangl-Baumann'sche Ansicht, daß der Wolff'sche Gang bis in die vordere Scheidenwand und in's Vestibulum vaginae unter die Harnröhrenmündung reichen könne — eine Ansicht, welche alle Varietäten entwicklungsgeschichtlich gut erklären würde —, der Nagel-Kollmann'schen Annahme, welche obige Ansicht auf Grund der nachgewiesenen selbstständigen Entwicklung der Scheide für unmöglich hält, und für die in den vorderen Teil der Vagina und in's Vestibulum endigenden Ureteren glaubt, daß sie am Geschlechtsstrang zu irgend einer Zeit hängen geblieben und nach abwärts gewandert sind, statt selbstständig den Sinus urogenitalis zu erreichen, diametral gegenüber.

Im ersten Falle mündete der Ureter außen und unten vom Orificium urethrae; die schon anderwärts operirte Patientin zeigte eine harnentleerende Fistel im oberen Drittel der Vagina, durch welche sich eine Sonde nach hinten, aufwärts und außen 10 cm weit einführen ließ; eine genauere Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen dicht unter der Harnröhrenmündung sich öffnenden, überzähligen linken Ureter, der nicht mit dem normalen linken Ureter zusammenhing und einem normal functionirenden Teile der linken Niere entstammte. Der distale Teil des überzähligen Harnleiters wurde excidirt, der centrale, sich ampullenartig erweiternde Teil etwas über der Ureterenleiste links in die Blase eingepflanzt (Cystoskop); Catgutnaht; eine kleine Fistel wurde später geschlossen. Das excidirte Stück wies mikroskopisch den Bau des normalen Ureters auf.

Olshausen berichtet über zwei Fälle aus der Berliner Klinik.

1. Bei einem 10jährigen Mädchen fand sich rechts neben dem Hymen ein 2 cm lang zu sondirender, harnentleerender Canal; die rechte Uretermündung fehlte in der Blase; also abnorme Ausmündung des rechten Ureters.

2. Die 15jährige Patientin weist rechts unter der Harnröhrenmündung einen harnentleerenden Canal auf, welcher $9^1/_2$ cm zu sondiren ist. Eine Einpflanzung des Ureters in die Harnröhre mißglückt. Eine spätere Einpflanzung in die Blase mit Resection der entstandenen Vaginalfistel führte nach drei weiteren Nachoperationen zur Continenz und Bildung eines großen Orificium ureterale in der Blase. Mankiewicz.

John H. Summers (Omaha, Neb.): **Nephro-Ureterectomy for traumatic Haemato-hydro-nephro-Ureterosis.** (Medical Record, 29. Juli 1899.)

Wegen einer durch ein Trauma hervorgerufenen Blutung in das Nierenbecken, in Folge dessen innerhalb dreier Wochen die rechte Niere durch einen großen, mit blutiger Flüssigkeit gefüllten Sack substituirt wurde, hat S. die Niere und einen Teil des Ureters extraperitoneal exstirpirt. Nach Ansicht des Verfassers ist dies die kürzeste Frist, innerhalb deren es zur völligen Atrophie des Organs, wie im vorliegenden Falle, kommen kann. Aus der Krankengeschichte und dem Befund der exstirpirten Niere konnte eine früher bestandene Erkrankung derselben nicht angenommen werden. Heilung.

Blanck (Potsdam).

Schupfer (Rom): **Der Einfluss des Zustandes der Nieren auf die Hämoglobinurie.** (R. Accademia med. di Roma. Ref. nach Wiener med. Presse 1899, No. 50.)

Sch. fand an Tierversuchen (Hunden), daß subcutan injicirte Lösungen um so später im Harn erscheinen, je mehr das Parenchym der Niere krankhaft verändert ist. Führt man durch intravenöse Infusion von destillirtem Wasser oder durch subcutane Glycerininjectionen Hämoglobinurie herbei, dann erscheint dieselbe auf der gesunden Seite früher als auf der kranken. Die Totalausscheidung auf der kranken Seite ist geringer als auf der gesunden.

E. Samter.

Prof. Stern (Breslau): **Ueber traumatische Nephritis.** (Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899, No. 11.)

Von einer Besprechung der perforirenden Nierenverletzung sieht Verf. ab, weil es längst bekannt ist, daß Schuß- und Stichwunden der Nieren zu circumscripter, oft in Eiterung ausgehender Entzündung führen können. Er beschränkt sich in Folge dessen auf die Frage, ob Nephritis in Folge von subcutaner Nierenverletzung vorkommt. Dabei schließt Verf. die in Eiterung übergehenden Entzündungen von der Besprechung aus, weil ihre Entstehungsweise nach subcutanen Traumen relativ klar ist. Es handelt sich hier um Infection einer Nierenquetschung, einer Blutung etc., die eitererregenden Organismen dringen meist von der Harnblase, in anderen Fällen von der Umgebung zu der Nierenwunde vor. Selten gelangen sie von der Blutbahn aus an die verletzte Stelle. Namentlich führt der Katheterismus, der nach Nierenverletzungen wegen Verlegung der Blase mit Blutcoagulis nicht selten notwendig wird, relativ oft zu einer aufsteigenden Infection. Verf. schränkt sein Thema demnach noch insofern ein, daß er nur die Nierenverletzung mit Ausgang in nichteitrige Nephritis behandelt. Die hierher gehörige Litteratur ist ziemlich spärlich und das ihm zugängliche Material teilt Verf. in drei Gruppen ein:

1. Rasch zur Heilung oder zum Tode gelangende Fälle, in denen der Harnbefund demjenigen einer acuten Nephritis gleicht.

2. Fälle von länger dauernder Eiweiß- und Cylinderausscheidung ohne Allgemeinsymptome einer diffusen Nephritis.

3. Fälle von diffuser Nephritis nach Trauma.

1. Es kommen Fälle von Nierenverletzungen vor, in denen der Harnbefund während der ersten Tage demjenigen bei acuter Nephritis gleicht: außer roten Blutkörperchen auch Cylinder verschiedener Art und mehr Eiweiß, als dem Blutgehalt entspricht. In einigen zur Autopsie gelangten Fällen dieser Art fand man keine Nephritis, sondern ausgedehnte Necrosen. Der Verlauf derjenigen Fälle, in denen nicht durch gleichzeitige, anderweitige Verletzungen der Tod herbeigeführt wurde, war günstig, der Harn wurde in wenigen Tagen wieder normal, allgemeine Symptome der Nephritis fehlten. Auch hier kann es sich, wie bei den zur Autopsie gelangten Fällen, lediglich um Necrosen gehandelt haben, doch ist die Möglichkeit einer circumscripten traumatischen Nephritis nicht auszuschließen.

2. In seltenen Fällen bleibt nach Nierencontusion eine länger dauernde (selbst über Jahresfrist anhaltende) Albuminurie zurück, ohne daß sich sonstige Erscheinungen von Nephritis entwickeln. In den wenigen weiter verfolgten Fällen dieser Art schien völlige Wiederherstellung einzutreten. Anatomische Befunde fehlen bis jetzt. Wahrscheinlich handelt es sich um circumscripte, entzündliche Vorgänge im Anschluß an Nierenverletzung.

3. In der Litteratur existirt eine Anzahl von Fällen, in denen nach einem Trauma der Nierengegend diffuse Nephritis mit ihren characteristischen Symptomen (außer dem Harnbefund auch Oedeme, Netzhautveränderungen, Urämie) beobachtet wurden. Ob in diesen Fällen ein Causalzusammenhang vorlag, wie manche Autoren annahmen, erscheint noch zweifelhaft. Mindestens für einen Teil dieser Fälle ist es wahrscheinlicher, daß schon vor dem Trauma eine latente chronische Nephritis bestand. Lubowski.

Dr. Roth (Frankfurt a. M.): **Fall von Urticaria recidiva mit acuten Schüben und Albuminurie.** (Monatshefte für pract. Dermatologie 1899, Bd. 29, Heft 11.)

Das $3^1/_2$jährige Mädchen erkrankte im April 1899 an Urticaria, die der Reihe nach Gesicht, Rumpf und Extremitäten befiel. Es hatte sich schon gleichzeitig mit der Schwellung im Gesicht eine ziemlich starke Schwellung der Augenlider gezeigt. Der frisch gelassene Urin erschien täglich wolkiger und enthielt massenhafte Schleimfäden. Harnmenge verringert. Der Urin zeigte einen nicht unbeträchtlichen Eiweißgehalt, sowie Bruchstücke von granulirten Cylindern, jedoch keine sicheren Präparate von solchen. Auf Milchdiät, Bettruhe und Gebrauch von Wildunger Wasser verlor der Urin in 5—6 Tagen seinen Schleimgehalt, und nach 8 Tagen war keine Spur von Eiweiß mehr darin aufzuweisen. In 14 Tagen hat sich das Kind vollständig erholt. Im September desselben Jahres trat plötzlich wiederum leichte Schwellung der Augenlider auf. Der Urin ist etwas an Menge verringert,

jedoch kaum merklich getrübt. Die Kochprobe auf Eiweiß zeigt leichte Opalescenz. Neben dieser Lidschwellung, die genau das Aussehen einer Nephritisschwellung zeigte, stellte sich auch ein Recidiv der Urticaria ein. Unter entsprechender Behandlung verschwanden fast gleichzeitig sowohl die Harnerscheinungen, wie auch die Urticaria.

Verf. leitet aus seiner Beobachtung die Vermutung ab, daß das Urticariagift oder die Noxe, die die Urticaria verursacht hatte, auch die Reizung des Nierenparenchyms bewirkte. Lubowski.

Lindley Scott: **Éruptions cutanées survenant dans le cours des néphrites.** (Brit. Journ. of Dermat., Juli 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, XII.)

Fünf Fälle von Erythem, die plötzlich im urämischen Stadium auftraten. Rote, mehr oder weniger hervorspringende, urticariaähnliche Flecken machen den Beginn, breiten sich aus, fließen zusammen und bedecken dann weite Flächen. Dabei kann vorübergehend Fieber auftreten. Stets trat der Exitus letalis ein. Dreyer (Köln).

Jean Lépine: **Sur la perméabilité rénale dans les affections cutanées.** (Gazette hebdomadaire de médecine et de chir., 25. Juni 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, XII.)

Die Durchlässigkeit der Niere wurde mit Hilfe des Natronsalzes des Rosanilin. trisulfuricum festgestellt. Die Ziffer war bei mehreren Erkrankungen der unteren Extremität ziemlich hoch, aber normal. Dagegen war dieselbe erhöht (auf 0,76—0,80) bei ausgebreiteten Dermatosen, wie allgemeiner Pityriasis, Eczema psoriasiforme, Dermatitis exfoliativa, betrug aber nur 0,45 in einem Fall von Seborrhoe der Kopfhaut und des Thorax, bei dem der Urin 0,3 ‰ Eiweiß enthielt. Dreyer (Köln).

Lejars: **Les abscès anté-rénaux.** (Congrès français de chirurgie 1899. Revue de chirurgie 1899, XI, 599.)

Die anterenalen Abscesse sind eine seltene, aber interessante Spielart der perirenalen Abscesse; der Eiter entsteht vor der Niere, der Tumor entwickelt sich nach vorn und nach der Seite, und man muß von vorn incidiren; ihr Ursprung und ihre Pathogenese sind mehrerlei Art. Im ersten Fall kam der Operateur auf die hintere Nierenfläche; man konnte nur durch eine Umgehung des Nierenrandes den Absceß, welcher vorn saß, öffnen und durch Drainage Heilung erzielen. Der zweite Fall, eine 50jährige Frau, bot seit mehreren Tagen das Bild des falschen Darmverschlusses: Der Bauch war stark aufgetrieben und schmerzhaft, besonders links, wo man neben der Nabelgegend eine tiefliegende, undeutliche Schwellung fühlte. Bei der Laparotomie wurde das Colon descendens durch eine in der ganzen Höhe des Mesocolon sitzende Masse vorgedrängt; die beiden Blätter des Mesocolons waren durch ein gelatinöses, gelblich-eitriges Oedem auseinander-

gespannt; man schnitt das linke Mesocolonblatt ein und kam in eine tiefe, fluctuirende Höhle mit ca. 400 ccm Eiter, deren Grund die vordere Nierenwand bildete; Drainage. Ein dritter Kranker kam schwer krank in's Hospital: man fühlte in der Tiefe der rechten Seite bis unter die Leber hinauf eine große Geschwulst von zweifelhafter Fluctuation; die Incision von vorn führte in eine große perirenale Eitertasche. In diesen drei ersten Fällen war die Eiterung renalen oder perirenalen Ursprungs; in zwei weiteren Fällen war trotz derselben Localisation die Eiteransammlung sicher vom Appendix oder Colon ausgegangen. Eine Frau hatte gleich nach der Entbindung heftige Schmerzen in der rechten Seite und Darmbeingegend mit Fieber und schweren Infectionserscheinungen; rechts unter der Leber erschien bald eine Geschwulst. Bei der Operation glaubte man an einen gewöhnlichen perinephritischen Absceß; die Eröffnung von vorn ergab viel braunen, fötiden Eiter aus einer perirenalen Tasche, welche scharf begrenzt war; es handelte sich deutlich um einen Absceß, ausgegangen vom Wurmfortsatz oder vom Colon. Vielleicht verhält es sich ebenso bei einer ferneren Kranken, welche ebenfalls nach einer Entbindung von heftigen Schmerzen in der rechten Seite befallen wurde. Doch war der Tumor zuerst sehr hart, wurde erst langsam weich und vergrößerte sich; schließlich trat die rundliche, fluctuirende Geschwulst deutlich nach vorn hervor. Auch hier entleerte die Incision einen scharf umgrenzten, sehr tiefen Absceß der vorderen Nierengegend von einem fötiden Eiter. Es giebt hier demnach Eiterungen mit wohl definirtem Sitz, doch verschiedener Pathogenese. Mankiewicz.

Jurgew: **Ueber compensatorische Hypertrophie der Niere.** (Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku 1899. Ref. nach St. Petersburger med. Wochenschr. 1900, No. 4.)

Die experimentellen Versuche wurden an Kaninchen, Meerschweinchen und Hunden ausgeführt. Die Niere wurde durch Laparotomie entfernt. Die Tiere erholten sich sehr bald nach der Operation. Nach verschiedenen Zeiträumen kamen die Tiere zur Section, wobei sich erwies, daß die andere Niere bereits nach zwei Monaten um 60 pCt., nach einem Jahre um 80 pCt. vergrößert war. Die compensatorische Hypertrophie der Niere bestand in echter Hypertrophie der Zellelemente, mit der Besonderheit, daß die Zellen, welche bei der physiologischen Function des Organs die meiste Arbeit zu leisten hatten, am stärksten hypertrophirten. Lubowski.

Arthur Clopatt: **Ueber die physiologischen Functionen der Nebennieren.** (Finska Läkaresellskapets Handlingar 1899, Bd. XLI, No. 2.)

Unsere Kenntnis von der Function der Nebennieren, welche früher in tiefes Dunkel gehüllt war, fängt jetzt dank den Untersuchungen der letzten Jahre nach und nach an, sich aufzuklären. Verf. bespricht den jetzigen Stand der Frage, sodann den mikroskopischen Bau dieser Drüsen und

diejenigen Resultate, die durch die embryologischen Untersuchungen errungen worden sind. Danach existirt eine genaue Beziehung zwischen der Entwicklung gewisser Partien des Nervensystems und der Nebennieren, indem diese nicht nur bei Föten mit vollständigem Mangel des Gehirns, sondern auch bei solchen mit alleinigem Defect der vorderen Hälfte der Gehirnhemisphären verkleinert sind. Im Wesentlichen hat das Tierexperiment die bedeutendsten Aufklärungen geliefert, und man hat hierbei zwei verschiedene Wege verfolgt, indem man erstens die Folgen der Nebennierenexstirpation studirte und zweitens die Wirkung des Nebennierenextracts, entweder subcutan oder direct in's Blut eingeführt, untersuchte.

Die doppelseitige Exstirpation führt constant, die einseitige für gewöhnlich schwere Folgen für den Organismus mit sich. Das Tier magert ab, wird apathisch, die Muskeln werden schlaff und kraftlos, und unter zunehmender Schwäche tritt Coma und bald darauf der Tod ein. Bisweilen wird eine abnorme Pigmentirung der Mundschleimhaut wahrgenommen. Durch Injection von Nebennierenextract oder Transplantation des Organs ist es möglich, den Zustand des Tieres zu bessern und das Leben zu verlängern.

Bei der Autopsie des Tieres finden sich namentlich sehr beachtenswerte mikroskopische Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks. Diese Läsionen bestehen aus Degeneration von Nervenfasern und Ganglienzellen, die von starken Blutcongestionen und Alteration der Gefäßwände mit Hämorrhagien begleitet sind. Solche Veränderungen finden sich sowohl im großen als kleinen Gehirn, am Boden des vierten Ventrikels, hier auf der Ursprungsstelle einiger Cerebralnerven, namentlich von Vagus, Glossopharyngeus, Accessorius und Acusticus. Die Degenerationen des Rückenmarks sind am deutlichsten ausgesprochen in der unteren Partie des Cervical- und oberen Partie des Dorsalteils und hauptsächlich in der grauen Substanz und der Pia localisirt. Gelegentlich beobachtet man jedoch auch in der weißen Substanz Degeneration der Hinterstränge.

Verf. hat nun einige Versuche mit Injection wässerigen Nebennierenextracts vorgenommen, um festzustellen, wie dadurch bei gesunden Tieren der Blutdruck, die Puls- und Respirationsfrequenz beeinflußt wird.

Es ergab sich, daß die intravenöse Injection eine bedeutende Steigerung des Blutdruckes mit sich führte, während die Herzcontractionen gleichzeitig kräftiger und langsamer wurden. Die Wirkung zeigte sich im Lauf einiger Secunden, sie war nur flüchtig, trat jedoch durch erneuerte Einspritzung wieder ein.

Auch die übrigen quergestreiften Muskeln des Körpers wurden in derselben Weise wie der Herzmuskel angeregt, indem kräftigere Contractionen erfolgten.

Es ergab sich auch, daß nur einige wenige Zehntel-Cubikcentimeter des Nebennierenextracts (1:10) nach einem kurzen Latenzstadium die Respirationsbewegungen häufiger und oberflächlicher machten, nach einigen Minuten schwindet die Wirkung, wird jedoch gleichfalls durch erneuerte

Injection wieder hervorgebracht. Bisweilen wird der Cheyne-Stokes'sche Respirationstypus beobachtet.

Es muß hervorgehoben werden, daß durch Controlversuche mit wässerigen Extracten von Leber, Milz und Nieren keine Veränderungen des Blutdruckes oder der Pulsfrequenz eintraten.

Es kann durch directe Beobachtung constatirt werden, daß das Extract stärkere Contraction des arteriellen Systems hervorbringt; diese Wirkung beruht auf peripherer Reizung der glatten Musculatur der Gefäßwände, tritt namentlich auch dann ein, wenn der Cervicalteil des verlängerten Marks durchschnitten oder das ganze Rückenmark destruirt wurde. Die Verstärkung der Herzbewegungen ist somit wahrscheinlicher Weise auch eine periphere Wirkung, dagegen liegt der Abnahme der Pulsfrequenz eine Irritation des Vaguscentrums zu Grunde, denn die Wirkung blieb aus, wenn beide Vagi durchschnitten oder mit Atropin gelähmt wurden.

Die wirksamen Bestandteile der Nebenniere finden sich in der Marksubstanz, während die Corticalis in dieser Beziehung wahrscheinlich keinen Einfluß hat. Das Blut der Vena suprarenalis eines lebenden Tieres hat bei intravenöser Injection dieselbe Wirkung wie das Extract der getrockneten Nebenniere. Die wirksamen Producte, welche noch nicht mit Sicherheit isolirt worden sind, werden somit in der Drüse selbst gebildet.

Verf. macht auf einen Umstand, welcher vielleicht von practischer Bedeutung ist, aufmerksam, daß man nämlich während der Vergiftung von Tieren mit Narcoticis, z. B. Chloroform oder Chloral, wenn Herzparalyse eingetreten ist, durch intravenöse Injection von Nebennierenextract wiederum kräftige Herzcontractionen hervorzubringen und den gesunkenen Blutdruck zu heben vermag.

Verf. faßt schließlich seine Anschauungen folgendermaßen zusammen: Die Nebennieren sind Drüsen mit innerer Secretion und für das Fortdauern des Lebens notwendig. Ihre Function ist hauptsächlich, den Tonus des Herzens, der Gefäße und Skelettmuskeln zu unterhalten und zu vergrößern. Dies geschieht sowohl durch Einwirkung des nervösen Centralapparats als auch auf peripherem Wege. Max Melchior (Kopenhagen).

Henry Morris (London): **Primary Tumours of the Suprarenal Gland and their Removal by Operation.** (The British Medical Journal, 11. November 1899.)

Drei Fälle von primären Tumoren der Nebennieren sind vom Verf. operirt. An der Hand der Krankengeschichten und der Litteratur bespricht er sodann die Pathologie, klinischen Erscheinungen und Therapie der seltenen und interessanten Erkrankung.

Fall 1. Abgemagerter, 51 jähriger Mann, hatte vor drei Jahren Harngries, vor zwei Jahren eine leichte Hämaturie bemerkt. Während der letzten Monate trat rascher Kräfteverfall ein. Eine Geschwulst war vor einem halben Jahre bemerkt; sie war schmerzhaft, ragt in circa Apfelgröße an der Seitenwand des Abdomens mit der Mitte in der Linea semilunaris und dem Innen-

rand an der Linea alba als deutliche Prominenz hervor; sie bildete einen Teil eines großen Tumors, der den linken Ileocostalraum anfüllte. Dieser war frei beweglich und bewegte sich auch mit der Respiration. Eine starke Varicocele der linken Seite hatte sich schon seit 18 Monaten bemerkbar gemacht (als Ursache ergab sich bei der Operation eine Drehung und Zerrung des V. spermatica). Der Tumor wurde durch Langenbuch'sche Incision entfernt; er war von Kindskopfgröße und wog $61^1/_2$ Unzen; die Niere war mit ihm verwachsen, von ihm durch Druck atrophisch gemacht, sonst aber nicht von den Geschwulstelementen ergriffen. Die Geschwulst entsprang von der Nierenkapsel, zeigte mikroskopisch Zellen der Nebennierenrinde eingebettet in fibrösem Gewebe, in anderen Schnitten Gruppen von Zellen des Nebennierenmarks; ausgedehnte Züge fibrösen Gewebes, das mit Spindel- und Rundzellen angefüllt war, waren eingestreut. Tod 24 Stunden später an Shok. Die Section ergab starke Magenerweiterung, rechte Niere und Nebenniere, Blase und Ureteren normal, keine Metastasen.

Fall 2. 43jähriger Mann, der seit zwei Jahren an Hämaturie leidet und seit kurzem einen Tumor in der rechten Seite des Abdomens bemerkt, der heftige Schmerzen verursacht. Vergrößerung der Leber ohne Icterus; ein fixirter harter Knoten in der linken Schläfengegend. Langenbuch'sche Incision: Leber mit gelblichweißen Knötchen besät; der renale Tumor war leicht beweglich, zeigte keine Verwachsungen und wurde exstirpirt. Nach acht Monaten weitere Vergrößerung der sehr unebenen Leber; die ganze Haut mit Knötchen von Erbsengröße bedeckt, starke Abmagerung. Bald darauf Exitus, Autopsie nicht erlaubt. Der entfernte Tumor zeigte die Structur des Marks der Nebenniere, er hatte die obere Hälfte der rechten Niere durch Druck atrophisch gemacht. Abbildung des Tumors ist beigegeben.

Fall 3. 57jährige Dame, die seit einigen Wochen einen rasch wachsenden Tumor im linken Hypochondrium bemerkt; er ist frei beweglich, elastisch, nicht schmerzhaft. Bei der Operation fand sich eine große Cyste, die vom oberen Teile der linken Niere ausging; mit ihr hing ein großer cystischer Tumor zusammen, der ganz retroperitoneal gelegen war und nach oben bis unter das Zwerchfell reichte. Die Oberfläche der Niere war mit zahlreichen kleinen Cysten besät; sie wie der Tumor wurden so weit wie möglich exstirpirt, doch mußte der an Zwerchfell und Milz grenzende Teil des Tumors zurückgelassen werden. Die Niere zeigte auf dem Durchschnitt (Abbildung) viele kleine, verschieden große Cysten, deren Inhalt eine gelblichbraune gelatinöse Flüssigkeit bildete. Die große Cyste, die vom oberen und hinteren Teile der Niere entsprang, hatte dieselben Eigenschaften. Tod der Kranken am Recidiv. Die Niere selbst wies keine Neubildung im mikroskopischen Bilde auf; die Neubildung selbst erwies sich als Rundzellensarcom; es nahm seinen Ursprung von der Außenseite der Niere, vielleicht von einer Nebenniere.

Pathologische Anatomie: Primäre Neubildungen der Nebenniere sind sehr selten und schwer von gewissen Tumoren der Niere zu differenziren. Ihrer Natur nach sind sie reine Drüsenneubildungen („adrenal

goître“) oder Adenome oder Carcinome bezw. Sarcome. Grawitz meint, daß gewisse Tumoren der Niere sich von kleinen Nebennierenresten herleiten, die in oder unter der Nierenkapsel eingebettet liegen („strumae lipomatodes aberratae renis“); Albarran nimmt an, daß viele Tumoren aus verirrten Nierenläppchen entstehen, die in der Nierenkapsel liegen. Pilliet glaubt, daß bei dem Entwicklungsproceß der Niere aus einem secretorischen und harnsammelnden Teil Tubuli des ersteren abgeschlossen und isolirt werden können, von denen aus eine Neubildung ausgehen kann, und R. Marie hat experimentell nachgewiesen, daß Stücke der Nierenrinde, die unter die Nierenkapsel eingepflanzt wurden, zu Adeno-Epitheliomen auswachsen können. Die Deutung der betreffenden Neubildungen ist nicht immer die gleiche; die Einen sprechen von einem typischen Nierentumor, ausgehend von accessorischen Nebennieren, Andere von Carcinom, Andere von Endotheliom, wiederum Andere von primärem Angiosarcom oder Sarcom u. s. w. Jedenfalls ist eine Trennung schwer, meist wird es sich um einen sarcomatösen Character handeln. Dieselbe Meinungsverschiedenheit herrscht in Betreff des Ursprungs der Nierentumoren, wie darüber, ob primäre Tumoren der Nebennieren auf die Nieren bei ihrem Wachstum übergreifen können. Gewiß ist die Möglichkeit vorhanden, wenn auch oft die Nieren nur der Druckatrophie anheimfallen.

Symptomatologie: Ist es schon schwierig, anatomisch eine perirenale Geschwulst von einer renalen abzugrenzen, so ist klinisch die Trennung noch schwieriger, ja oft unmöglich. Die Symptome sind folgende: Am häufigsten ein von Tag zu Tag zunehmender Kräfteverfall und Abmagerung, dann gastrointestinale Beschwerden, wie Uebelkeit, Erbrechen, Appetitverlust, Durchfall, weiter Schmerzen, bald dauernde, bald intermittirende, die nicht immer in der Nierengegend localisirt sind. Oedeme sind meist auf Nierenveränderungen und nicht auf den Tumor zurückzuführen. Die Haut zeigt nur selten Broncefarbe, öfter ein gelbliches oder braunes Colorit. Eine bisweilen vorkommende Hämaturie macht die Abgrenzung gegen Nierentumoren noch schwieriger. Ein Abdominaltumor läßt sich meist nachweisen. Gewöhnlich fehlen ausgesprochene Harnbeschwerden, so lange die Nieren nicht mitergriffen sind. Verlagerung der Niere, außerordentliche Beweglichkeit des Tumors und Häufigkeit von Metastasen sind weitere, nicht seltene Zeichen von Nebennierentumoren. Auch kann eine Varicocele ebensowohl für letztere, wie für Nierengeschwülste (Guyon) sprechen.

Die Diagnose muß, aber kann nur selten mit Hilfe dieser Symptome gestellt werden. Blutcysten und Tuberculose der Nebennieren können zu Verwechselungen Anlaß geben. Meist gelingt es klinisch nicht, die Nebennierentumoren von denen renalen Ursprungs zu sondern; das Fehlen aller Symptome seitens des Harnapparates spricht für erstere, wenn auch Hämaturie auch bei ihnen sich findet. Tumoren der Leber, Vergrößerung der Gallenblase, Pancreascysten lassen sich bei genauer Untersuchung ausschließen. Schließlich wird eine operative Exploration die Diagnose sicherstellen.

Die Prognose der Nebennierentumoren ist sehr ungünstig wegen der Schnelligkeit des Wachstums und der Neigung zur Metastasenbildung.

Die Behandlung ist lediglich eine chirurgische; die Operation ist so früh wie möglich vorzunehmen, und zwar auf transperitonealem oder lumbalem Wege oder auf beiden zugleich, letztere combinirte Methode empfiehlt sich besonders für große und mit der Umgebung verwachsene Tumoren. Nur das Ergriffensein der Niere indicirt eine partielle bezw. totale Nephrectomie, sonst ist eine Entfernung der Niere unnütz. Verwachsungen, Brüchigkeit der Neubildung und Hämorrhagien erfordern eine große operative Geschicklichkeit. Blanck (Potsdam).

IX. Technisches.

J. W. S. Gouley: **Notes on urethral catheterism, catheters and bougies.** (The New York Medical Journal, 4. November und 11. November 1899.)

Ein großer Teil der interessanten Abhandlung bespricht die Geschichte und Terminologie der zum Katheterismus erforderlichen Instrumente. Einiges sei hier wiedergegeben. Die erste Erwähnung katheterartiger Instrumente, wie sie auch in den Ausgrabungen von Pompeji gefunden wurden, finden wir bei Celsus; das Wort „Katheter“ wurde zuerst von Hippokrates, wenn auch in anderem Sinne, gebraucht; Katheter leitet sich von *καθιέναι*, Sonda von subundare (untertauchen) her. Die Worte Sonde und Katheter werden von verschiedenen Völkern in ganz verschiedenem Sinne verwendet, so nennen Franzosen, Italiener und Spanier Sonde, was Deutsche, Engländer und Amerikaner als Katheter bezeichnen; hoffentlich wird für den wissenschaftlichen Sprachgebrauch eine identische Benennung erzielt werden. Die Herstellung der Instrumente aus verschiedenem Material wird rückwärts bis in die Anfangszeiten verfolgt, und dürfte diese Erörterung für Aerzte wie Fabrikanten gleich interessant sein; heute bildet die Art der Fabrikation in Bezug auf die Webeart, das Material, die Politur und Zeitdauer strengstes Geheimnis der Fabrikanten der verschiedenen Länder. Die einheimische Production hat in Amerika in den letzten Jahren einen großen Aufschwung genommen, der Import ausländischer Waare hat bis auf besseres deutsches Fabrikat immer mehr abgenommen. Die teuersten Instrumente sind noch immer die billigsten, da sie sich weit länger gebrauchsfähig erhalten. Langer Gebrauch wie langes Liegenlassen greift die Gummikatheter — und von diesen ist hier überhaupt nur die Rede — an. Gut gewebte Katheter sollen folgende Eigenschaften haben: 1. sie müssen innen und außen gleichmäßig mit genügendem Firniß bekleidet und gut polirt sein; der Lack muß geschmeidig, darf aber nicht rissig sein und muß Siedetemperatur vertragen

können; 2. sie sollen nicht länger als 33 cm sein; 3. der Durchmesser kann zwischen 2 und 9 mm schwanken; 4. sie müssen ein ovales Auge in einem Abstand von 1 cm vom abgerundeten Ende besitzen; 5. sie müssen fest und doch biegsam sein; 6. die Dehnungsgröße verschiedener Katheter erwies sich beim englischen auf 42 Pfd., eines amerikanischen auf 54 Pfd., eines seidengewebten einheimischen Katheters auf 115 Pfd. (!). Beschädigte Instrumente müssen beseitigt werden. Fette aller Art, am wenigsten Vaseline, greifen die Gummikatheter an und sollten nur in kleinsten Mengen angewendet werden; die Gleitmittel müssen gut haften, dürfen die Instrumente nicht angreifen und die Urethra nicht reizen; die Zusammensetzung eines solchen (gepulverte Seife, Wasser, Formalin, Thymol, Alkohol etc.) wird angegeben. Man rolle die Katheter nicht zusammen, bewahre sie, in voller Länge in sterilisirtem Mull eingewickelt, in Metallbüchsen auf. Vor dem Gebrauch Sterilisation in Formalindämpfen, nach dem Gebrauch Reinigung in Thier'scher Lösung Erst seit 1873, als es gelang, durch Vulcanisirung die Kautschukkatheter haltbarer zu machen, sind diese in Aufnahme gekommen und durch die Technik immer mehr vervollkommnet (Nelatonkatheter von Jaques). „Bougie“ leitet sich von der altrömischen Colonie Saldaa, in der Nähe von Algier, her, die im Laufe der Zeiten von den verschiedenen Besitzern Bijiyah, Bougeiah, Bugia und schließlich von den Franzosen Bougie getauft wurde. Das Wachs und die Kerzen dieser Stadt waren auf den Märkten von Südeuropa eine gesuchte Waare, schließlich substituirte der Name des Materials den aus aus ihm gefertigten Gegenstand. Die Bougies für die Urethra sollen von einem portugiesischen Charlatan erfunden sein, Andrea Lacuna, ein spanischer Arzt, erwähnt sie zuerst (1551), doch ist der Prioritätskampf nicht ganz entschieden. Erst zum Schluß des 18. Jahrhunderts kamen elastische Bougies auf zum Zweck von Dehnung von Stricturen, das Material und die Herstellungstechnik hat sich bis heute immer mehr verbessert. Verf. geht alsdann auf die Technik der Handhabung der Instrumente über; das Hauptmotiv sei nach Civiale das zarte und langsame „doucement et leutement“ Vorgehen bei der Ausführung des Katheterismus. Die Einzelheiten sind den Lesern dieser Zeitschrift bekannt und werden daher von uns übergangen; mit den Erfahrungen des Verfassers, daß allzu häufig und übermäßig ausgeführte Dilatation der Urethra unwünschenswert, irrationell, schädigend und unverständlich sei, stimmen wir vollkommen überein. Gegen eine durch häufiges Katheterisiren hervorgerufene Urethritis empfiehlt G., mindestens einmal täglich die Harnröhre zu irrigiren und alle drei oder vier Tage 2—3 Wochen lang mit Stahlsonden (bis No. 30) zu dilatiren; Wiederholung kann ungefähr alle drei Monate erfolgen. Doppelläufige Katheter sind unnütz und überflüssig. So viel von den interessanten Darlegungen; Details müssen im Original nachgelesen werden. Blanck (Potsdam).

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Beitrag zum Studium der Harninfection und insbesondere zur Aetiologie und zur Behandlung der Cystitis.

Von

Dr. **M. Gonzalez Tanago** in Madrid.

(Schluss.)

Erste Beobachtung. Cystitis tuberculosa. Der Fall betrifft ein 23jähriges Mädchen, das seit drei Jahren an häufigem Harndrang leidet. Die Patientin giebt an, mehrmals trüben Harn entleert zu haben, gewöhnlich aber fast klaren Harn zu entleeren, mehrmals heftige Schmerzen gelitten zu haben und in letzterer Zeit solche am Schluß der Harnentleerung zu verspüren. Am 17. August 1894 wandte sich die Patientin an mich, wobei sie angab, jetzt viertelstündlich uriniren zu müssen und bis jetzt niemals sondirt worden zu sein. Ich führte nun eine Sonde in die Harnblase ein, was ihr große Schmerzen verursachte. Durch die Sonde ging saurer Harn ab, der einige weiße Flocken von Pinienmußgröße enthielt; der Harn war trübe und bildete beim Centrifugiren einen geringen Niederschlag, sonst war der Harn geruchlos und eiweißfrei. Die Flocken bestanden aus einer caseösen Substanz, enthielten aber keine Mikroorganismen. An manchen Tagen enthielt der Harn große Blutquantitäten. Bei der vaginalen Untersuchung klagte die Patientin über Schmerzen in der rechten Seite in der Nähe des Blasenhalses. Die Urethra zeigte ein schmutziges Aussehen, bei der mikroskopischen Untersuchung fand man nur Eiterkörperchen, Epithelzellen und Oxalatkrystalle. Die Untersuchung der Nieren ergab nichts Abnormes.

Die ersten Culturversuche fielen negativ aus. Nach längeren Untersuchungen gelang es jedoch, aus dem Harn Koch'sche Bacillen zu züchten.

Die Behandlung bestand in Instillationen mit Sublimatlösungen von 1 : 4000, steigend bis zu solchen von 1 : 1000, und außerdem in mehrtägiger Anwendung von Jodoform in Gummisuspension und in Application von Jodoformstäbchen in die Urethra. Das Resultat der Behandlung ist, daß

die Patientin nunmehr seit 14 Monaten keine Schmerzen mehr hat und der Harn klar ist. Die Sondirung, sowie die vaginale Untersuchung verursachen gleichfalls keine Schmerzen mehr, so daß von den früheren Krankheitserscheinungen nur der häufige Harndrang zurückgeblieben ist. Ich sah die Patientin nach fünf Jahren wieder und fand sie verheiratet und sich vollkommen wohl fühlend. Als allgemeine Behandlung verordnete ich ihr Creosot, Aufenthalt in frischer Luft und reichliche Ernährung.

Zweite Beobachtung. Cystitis und Pyelitis tuberculosa. Es handelt sich um ein 20jähriges Mädchen, das nach einer Ballnacht plötzlich häufigen Harndrang verspürte, wobei vor und nach der Miction Schmerzen auftraten. Der Harn war etwas trübe, enthielt aber kein Blut. Der hinzugezogene Arzt untersuchte den Harn, fand in demselben Eiweiß und dürfte wohl Nephritis diagnosticirt haben, weil er ausschließliche Milchdiät verordnet hatte. Bei dieser Behandlung steigerten sich jedoch die Krankheitserscheinungen und die Kranke verlor 8 kg an Körpergewicht; dieselbe wog nämlich vor der Erkrankung 54 kg, nach drei Monaten bereits nur 46. Ich fand die Patientin äußerst schwach und verfallen. Sie hatte keinen Appetit und klagte über dieselben Erscheinungen, welche die Krankheit eingeleitet hatten. Sie mußte am Tage stündlich, des Nachts 6—7 mal uriniren. Die Patientin ist noch niemals sondirt worden. Die äußere Untersuchung ergab nichts Abnormes: weder Vergrößerung der Nieren, noch Schmerzen bei der Palpation derselben; jedoch klagte die Patientin von Zeit zu Zeit über ein Gefühl von Unbehaglichkeit in der linken Niere. Die Harnblase enthielt nur 60 g Residualharn. Die Berührung der Blasenwände mit der Sonde war schmerzhaft.

Der Harn war etwas trübe, sauer und enthielt keine Mikroorganismen, wohl aber Eiter in geringer Quantität und Spuren von Eiweiß. Auch das Culturverfahren ergab ein negatives Resultat. Jedoch fanden sich im Niederschlag, der sich beim Centrifugiren einer Harnportion gebildet hatte, Koch'sche Bacillen, und zwar bei Bearbeitung desselben nach der Chromsäure-Alkoholmethode.

Behandlung. Instillationen mit Sublimatlösung, intensive Ernährung, innerlich Creosot mit Vasogen. Nach sechs Monaten begann der Zustand der Patientin sich zusehends zu bessern. Ich schickte die Patientin nach Alicante, daß sie eine Luftkur durchmache. Dort nahm sie innerhalb fünf Monaten $5^1/_2$ kg zu, kehrte lebensfroh zurück, hatte guten Appetit und klagte nicht mehr über Schmerzen. Allerdings blieben der häufige Harndrang sowohl, wie auch die Trübung des Harns zurück, so daß die Behandlung weiter geführt werden muß.

Dritte Beobachtung. Fall von durch einen gelben Staphylococcus und Bacillus coli hervorgerufener Cystitis. Derselbe betrifft eine 40jährige Frau mit einer sehr veralteten Cystitis, wegen welcher sie vor zwei Jahren mit Curettement der Harnblase behandelt wurde. Nach der Operation fühlte sich die Patientin $1^1/_2$ Jahr vollkommen wohl. Darauf kehrte jedoch der frühere häufige Harndrang wieder zurück, der Harn war

spärlich, trübe, übelriechend; die erste Harnportion des Morgens enthielt große Quantitäten von Schleim. Auf einem gefärbten Harnpräparat fand ich einen Bacillus und einen Staphylococcus. Mit Hilfe der Sonde wurden aus der Harnblase 200 g trüben, alkalischen, ammoniakalischen Harns entleert, wobei die Harnblase beim Abgang der letzten Harnmenge sich energisch contrahirte und unter Schmerzen einige Tropfen Blut absonderte. Die vaginale Untersuchung war sehr schmerzhaft; an den Nieren war nichts Abnormes zu bemerken. Auf mit dem Harn angelegten Culturen wuchs das Bacterium coli und ein gelber Staphylococcus, welcher Gelatine rasch verflüssigte, Harnstoff nicht zersetzte und sich nach Gram nicht entfärbte. Ursprünglich weiß, bekam dieser Staphylococcus gelbes Aussehen; außerdem wuchs in zwei Colonien ein weißer, kleiner, dünner Bacillus, welcher sich nach Gram nicht entfärbte, Gelatine rasch verflüssigte und Harnstoff nicht zersetzte Beide Mikroorganismen verursachten, einem Kaninchen inoculirt, keine Beschwerden.

Die an der Patientin vorgenommene cystoskopische Untersuchung ergab intensive Entzündung des Blasenhalses und fast des ganzen Blasenkörpers.

Behandlung. Ich behandelte die geschilderte Cystitis mit Instillationen von Argentum nitricum in Lösungen von 1:50 und mit innerlicher Verabreichung von Urotropin; zur Linderung der Reizbarkeit der Harnblase machte ich Injectionen mit creosotirtem Vasogen, dessen Absorption mit solcher Schnelligkeit erfolgte, daß die Patientin innerhalb 5—10 Minuten nach der Injection bereits im Munde den Geschmack des Mittels fühlte. Die beruhigende Wirkung des creosotirten Vasogens auf die Harnblase blieb nicht aus: die Blutungen sowohl, wie auch die Tenesmen verschwanden. Hierauf behandelte ich die Cystitis mit Protargollösungen von 1:100. Da aber auch bei dieser Behandlung keine vollständige Heilung erzielt werden konnte, führte ich einen Pezzer'schen Dauerkatheter ein, welcher die Patientin an der Verrichtung ihrer gewöhnlichen Arbeit nicht hinderte. Die Patientin behielt den Katheter einen Monat lang und bekam täglich Injectionen von 30 g einer 1proc. Argentum nitricum-Lösung, die sie 5 Minuten lang in der Blase behalten mußte. Nach einigen Tagen wurde der Harn klar und nach 30 Tagen der Katheter entfernt. Die Patientin wurde angehalten, täglich 3 g Salol zu nehmen und sich gleichfalls täglich eine Ausspülung mit einer Höllensteinlösung von 1:1000 zu machen. Status nach zwei Monaten: Harn vollkommen klar, Patientin beschwerdenfrei.

Vierte Beobachtung: Cystitis und Pyelitis, hervorgerufen durch einen weißen Staphylococcus und durch einen dicken Bacillus. Es handelt sich um eine 25jährige, verheiratete Frau, welche zwei Jahre nach ihrer Niederkunft häufig zu uriniren begann, wobei die Urination mit Schmerzen einherging und der Harn trübe war. Vor einem Jahr hatte sich bei der Patientin einmal ein äußerst heftiger Schmerz in der Gegend der linken Niere eingestellt, der 4—5 Stunden angehalten hatte. Schüttelfrost, Erbrechen waren nicht aufgetreten, nur hatte die Patientin Harndrang gehabt und trüben, mit Blut untermischten Harn entleert. In der folgenden

Nacht, sowie am nächsten Tage hatte sich der Schmerzanfall wiederholt und der Schmerz sich von der linken Niere bis zur Blase fortgepflanzt. Nach dem Verschwinden des Schmerzes blieb eine Empfindlichkeit oberhalb der Symphyse zurück. Der Harn war trübe, sauer, rötlich, enthielt Eiter, ohne jedoch bedeutende Niederschläge zu bilden; bisweilen war der Harn übelriechend. Blut trat im Harn gewöhnlich nur zur Zeit der Schmerzanfälle auf. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Harn das Vorhandensein eines dicken, beweglichen Bacillus und einen Staphylococcus, von denen der letztere sich überhaupt nicht und der erstere schwer entfärbte.

Die Patientin litt vor einiger Zeit an einer Pyosalpingitis und wurde am 10. März 1897, als die acuten Krankheitserscheinungen nachgelassen hatten, operirt, und zwar wurden bei der Operation Uterus und Adnexe exstirpirt. Nach zwei Monaten stellten sich jedoch die Schmerzen in derselben Form wieder ein, und nun ergab die cystoskopische Untersuchung eine Cystitis, von der hauptsächlich der Blasenhals und die hintere Wand der Harnblase, speciell die Umgebung des linken Ureters ergriffen waren.

Auf den mit dem Harn der Patientin beschickten Culturen wuchs ein weißer Staphylococcus, welcher Harnstoff zersetzte und sich nicht entfärbte, sowie ein großer und dicker Bacillus, welcher sich schwer nach Gram entfärbte und Harn nicht zersetzte. Letzterer war nicht pyogen, zeigte lebhafte Motilität und schien eine Abart des Bacterium coli zu sein.

Behandlung. Nachdem ich längere Zeit Ausspülungen der Harnblase ohne Erfolg anwendete, machte ich am 3. Februar 1898 eine Auskratzung der Harnblase, applicirte hierauf dreimal täglich mittelst Sonde eine Ausspülung der Harnblase mit Arg. nitricum in Lösung von 1 : 500 und führte nach zehn Tagen eine Pezzer'sche Sonde ein. Unter dieser Behandlung besserte sich der Krankheitszustand: der Harn wurde fast vollkommen klar, sauer und geruchlos. Die Patientin bekam noch einige Tage Urotropin innerlich, und die bald darauf vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Harns ergab in demselben keinen Eiter, wohl aber Bacillen in großer Anzahl. Dieselben erschienen seit der Urotropindarreichung gleichsam aufgedunsen und nahmen bei Bearbeitung mit Methylen rote Färbung an. Die Patientin bekam nun 2 g Salol täglich und außerdem mehrere Blasenspülungen. Es bedurfte einer weiteren Behandlungsdauer von vier Monaten, um die Bacteriurie zum Verschwinden zu bringen und die sonstigen Krankheitserscheinungen zu beseitigen. Ein Jahr später sah ich die Patientin wieder und fand sie vollkommen wohl, sowie den Harn durchaus klar.

Fünfte Beobachtung. Cystitis, hervorgerufen durch einen weißen Staphylococcus und Diplococcus tetragonus. Dieser Fall betrifft einen jungen Mann von 17 Jahren, der angab, niemals an Gonorrhoe gelitten zu haben und niemals sondirt worden zu sein. Vor fünf Monaten fiel es dem Patienten auf, daß er häufig uriniren müsse, und machte zwei Monate später die Wahrnehmung, daß ihm aus der Harnröhre Eiter abgehe und die Wäsche beschmutze. Der Harn war trübe und bluthaltig, am Schluß einer jeden Miction traten Schmerzen auf. Als sich nun die Krankheitserschei-

nungen von Tag zu Tag verschlimmerten, wandte sich Pat. am 19. März 1899 an mich.

Der erblich nicht belastete Patient zeigte keine Veränderungen in den Hoden, litt nicht an Verstopfung und urinirte am Tage halbstündlich, des Nachts zweimal. Er klagte über Schmerzen beim Harnlassen, sowie auch über Schmerzen in der Regio hypogastrica. Der Harn wurde stets in geringen Quantitäten entleert, war trübe und am Schluß der Miction mit Blut untermischt.

Bei der Untersuchung mittels Sonde No. 20 wurde einerseits festgestellt, daß die Pars membranacea urethrae, sowie der Blasenhals etwas schmerzhaft waren, und andererseits, daß keine Strictur bestand. Der mittels Sonde entnommene Harn war trübe, die letzte Harnportion auch mit Blut untermischt. An manchen Tagen war der Harn sauer, an manchen neutral. Unter dem Mikroskop sah man einen kleinen Diplococcus, der sich nach Gram nicht entfärbte, und einen dicken, stellenweise viereckigen Diplococcus, der sich gleichfalls nach Gram nicht entfärbte. Der in eine sterilisirte Tube aufgefangene Harn reagirte am folgenden Tage alkalisch.

Der auf Gelatineplattenculturen isolirte Diplococcus war weiß und hatte in seiner Gruppirung die Form eines Staphylococcus. Er verflüssigte Gelatine, indem er auf deren Oberfläche, wie auf Bouillon, eine weiße Decke bildete, den Rest der Gelatine fast vollständig klar zurücklassend und auf deren Boden einen Niederschlag bildend. Er coagulirte nicht Milch, erzeugte, einem Kaninchen injicirt, einen Absceß und wirkte, auf Harn gebracht, zersetzend.

Der Diplococcus tetragonus war groß, verflüssigte Gelatine, trichterförmige Colonien, aber keine Membran auf der Oberfläche der Gelatine bildend und letztere milchig trübend. Auf Bouillon bildete er gleichfalls keine Membran und nur einen geringen Niederschlag auf dem Boden. Er zersetzte nicht Harn und entfärbte sich nicht nach Gram; desgleichen coagulirte er nicht Milch und war nicht pyogen.

Behandlung. Ich verordnete zunächst Instillationen mit Kali hypermanganicum, dann solche mit Argentum nitricum 1 : 100 unter jedesmaligem Verbrauch von 30 g Flüssigkeit und 2 g Salol innerlich. Innerhalb eines Monats waren die Schmerzen, sowie die Blutbeimischung zum Harn verschwunden; letzterer wurde durchsichtig, der Harndrang ließ nach, der Patient behielt von den früheren Krankheitserscheinungen nur ein Gefühl von Unbehaglichkeit in der Regio hypogastrica zurück.

Sechste Beobachtung. Durch Staphylococcus candidus ureae hervorgerufene Cystitis. Es handelt sich in diesem Fall um eine verheiratete Frau, welche seit ihrer zweiten Niederkunft am Schluss der Harnentleerung, welche Tags über stündlich und des Nachts zweimal erfolgen mußte, Schmerzen und Brennen empfand. Der entleerte Harn war trübe, geruchlos, die letzte Portion enthielt Blut und ging mit großen Schmerzen und Tenesmen ab. Gries war im Harn nicht enthalten. Nachdem die Patientin mehrfach und verschiedentlich erfolglos behandelt wurde, kam sie

am 10. November 1897 in meine Poliklinik, wobei sie die geschilderten Symptome noch im vollen Umfange darbot. Bei der Vaginaluntersuchung empfand die Patientin Schmerzen an der vesico-vaginalen Wand; die Untersuchung ergab Entzündung der Tuben und der Ovarien.

Die Untersuchung mit der Sonde war schmerzhaft, beim Hervorziehen des Instruments entleerte sich etwas Blut. An den Nieren war nichts Abnormes. Der Harn war trübe, sauer, geruchlos; in eine sterilisirte Tube gesammelt, wurde der Harn am nächsten Tage alkalisch. In einem unter das Mikroskop gebrachten Harntropfen erblickte man eine geringe Quantität Eiter und einen Diplococcus, welcher sich nach Gram nicht entfärbte.

Auf mit dem Harn beschickten Culturen wuchs nur der Diplococcus, der weder Gelatine verflüssigte, noch sich nach Gram entfärbte.

Harn zersetzte er.

Auf Agar bildete er eine dicke, weiße Membran.

Kurz, die Eigenschaften des hier isolirten Diplococcus waren dieselben, wie die des von Rovsing beschriebenen Staphylococcus candidus ureae.

Behandlung. Salol innerlich, manchmal auch 2 g Urotropin täglich; Instillationen mit Arg. nitricum-Lösungen von 1 : 50 in zweitägigen Zwischenräumen.

Nach zwei Monaten unregelmäßiger Behandlung (letztere war dadurch gestört, daß die Patientin nicht alle Tage kam) waren Blut, Schmerzen, Gefühl von Unbehaglichkeit verschwunden; das häufige Uriniren blieb jedoch noch einige Zeit bestehen.

Siebente Beobachtung. Cystitis, hervorgerufen durch einen gelben Staphylococcus, sowie durch einen Coccus liquefaciens und einen Bacillus liquefaciens. Dieser Fall betrifft einen jungen Mann von 19 Jahren, der vor vier Monaten seine erste Blennorrhoe durchgemacht hatte, die scheinbar spurlos, ohne zu Epididymitis geführt zu haben, verschwand. Vor 20 Tagen stellte sich bei dem Patienten häufiger quälender Harndrang ein, so daß er Tags über halbstündlich, des Nachts 6—7mal uriniren mußte. Der Harn war stets trübe, die letzte Portion mit Blut untermischt und bisweilen etwas coagulirt. Am Schluß der Harnentleerung empfand der Patient Schmerzen an der Glans und in der Analgegend. Von Seiten der Prostata und der Nieren bestand nichts Abnormes.

Die Untersuchung der Harnröhre ergab weder Strictur, noch Eiterung. Der mittels Sonde entleerte Harn war trübe, sauer, geruchlos, einige kleine Gerinnsel enthaltend. Die mikroskopische Untersuchung ergab in dem Harn Eiter, der jedoch keinen großen Niederschlag bildete; ferner einen Staphylococcus, der sich nicht entfärbte, einen dicken Diplococcus, der sich gleichfalls nicht entfärbte, sowie einen kurzen, dicken und beweglichen Bacillus, der sich wiederum nach Gram nicht entfärbte.

Der gelassene saure Harn wurde in zwei Tagen alkalisch.

Auf Plattenculturen wuchs nur ein Bacillus, der Gelatine rasch verflüssigte und lange Ketten bildete, sowie ein kurzer und dicker

Diplobacillus. Auf Bouillon bildete er eine große, dichte Membran. Harn zersetzte er nicht und entfärbte sich nicht nach Gram, wohl aber zersetzte er Milch innerhalb acht Tagen, indem er trübes Serum und stark granulirte Coagula zurückließ. Pyogen war dieser Mikroorganismus nicht.

Auf einer anderen Plattencultur fand ich einen Staphylococcus in Form kleiner weißer Colonien, die innerhalb 2—3 Tagen eine hellgelbe Farbe annahmen. Er verflüssigte Gelatine, zersetzte Harnstoff, den Harn dabei alkalisch machend, und wirkte pyogen.

Auf dieser Platte wuchs ein dicker Diplococcus, der braune Colonien bildete, Gelatine nicht verflüssigte, Harnstoff nicht zersetzte und sich nach Gram nicht entfärbte; er coagulirte Milch, durchsichtiges Serum und compacte Coagula bildend. Pyogene Eigenschaften besaß er nicht.

Behandlung. Instillationen mit Arg. nitricum-Lösungen in zweitägigen Zwischenräumen.

Achte Beobachtung. Strictur. Cystitis, hervorgerufen durch zwei Staphylokokkenarten und durch Bacterium coli. Es handelt sich in diesem Fall um eine 37jährige verheiratete Frau, welche sich seit einigen Jahren krank fühlte und seit zwei Jahren stete Zunahme der Krankheitserscheinungen wahrnahm, indem sie am Tage alle 10—15 Minuten und des Nachts 7—8mal uriniren mußte. Der Harn wurde in geringen Quantitäten entleert, mit Schmerzen und fast stets auch mit einigen Tropfen reinen Bluts am Schluß der Miction. Als sie am 10. October 1897 mich consultirte, erzählte die Patientin, daß sie vor zwei Monaten einen Anfall von äußerst heftigen Schmerzen hatte, die sich auf das gesamte Gebiet von der linken Regio hypogastrica bis zur Blase erstreckten und von Schüttelfrösten, Erbrechen und Nausea begleitet waren. Dieser Zustand soll drei Tage angehalten haben, seitdem will die Patientin schmerzfrei gewesen sein. Aus der Anamnese wäre ferner hervorzuheben, daß die Patientin keine Kinder hatte, daß sie bereits mehrmals sondirt wurde und über Schmerzen oberhalb der Symphyse klagte.

In einer Entfernung von 2 cm vom Meatus hatte die Patientin eine Strictur, die für die Sonde No. 15 nicht durchgängig war. Mittelst Sonde No. 14 wurde trüber, saurer, geruchloser, rötlicher Harn entleert, der kein Eiweiß enthielt, wohl aber Eiterkörperchen und bewegliche Bacillen, welche sich entfärbten; zu gleicher Zeit eine Kokkenart, welche sich gleichfalls entfärbte. An den Nieren fand ich nichts Abnormes; die Blase war sehr klein und konnte nur 20 g Urin fassen, ohne daß Schmerzen entständen.

Auf mit dem Harn angelegten Culturen wuchsen ein weißer Staphylococcus, ein gelber Staphylococcus, der Harnstoff zersetzte, und ein großer, beweglicher Bacillus, der sämtliche characteristischen Merkmale des Bacterium coli zeigte.

Die Patientin bekam Urotropin innerlich in Dosen von 2 g täglich. Während dieser Behandlung legte ich mehrmals mit dem Harn Gelatineplattenculturen an und fand in denselben ausschließlich Bacterium coli und

Kokken; die Gelatine blieb nach der Beschickung steril. Auf einem mit Methylenblau gefärbten Harnpräparat fand ich Bacillen, welche violett gefärbt und viel größer waren, wie vor der Behandlung mit Urotropin. Der sauer gelassene Urin wurde, in einer sterilisirten Tube aufgefangen, in zwei Tagen alkalisch.

Behandlung. Systematische Dilatation der Strictur. Instillationen mit Arg. nitr. und Protargol von 1 : 100, Urotropin innerlich. Das Resultat der Behandlung war, daß die Schmerzen und die Blutbeimischung im Harne verschwanden, die Patientin weniger häufig urinirte und der Harn fast vollständig klar wurde.

Neunte Beobachtung. Cystitis, hervorgerufen durch Staphylococcus und Bacterium coli. Der 52jährige Patient erkrankte vor vier Jahren an Harnbeschwerden, er mußte häufig uriniren, der Harn war trübe. Von Zeit zu Zeit bekam er intermittirende Fieberanfälle. Man hat ihn seiner Zeit sondirt und mit Blasenspülungen behandelt und ihm zeitweise Linderung verschafft. Die Aerzte dachten an eine Erkrankung der Nieren und schlugen eine Operation vor. Der Patient consultirte mich, nachdem er einen Fieberanfall durchgemacht hatte. Ich fand, daß er an sehr häufigem Harndrang leidet, so daß er sowohl des Tags, wie auch des Nachts stündlich uriniren muß. Der Harn war trübe, übelriechend, er enthielt einige dicke Fäden, bisweilen auch etwas Blut. Der Patient hatte Schmerzen, und zwar in Form schmerzhafter Contractionen im Perineum. Die Regio hypogastrica war nicht schmerzhaft, die rechte Niere etwas vergrößert, jedoch nicht schmerzhaft, die Prostata zeigte fast normale Größe. Ausfluß aus der Harnröhre war nicht vorhanden.

Mittels Sonde constatirte ich eine Strictur No. 25 in der Pars anterior und eine zweite Strictur No. 23 in der Pars bulbosa urethrae. Die Harnröhre war etwas empfindlich, im Moment des Hervorziehens der Sonde entleerte sich aus derselben etwas Blut. Bisweilen contrahirte sich die Harnröhre in der Gegend der Stricturen derart, daß es unmöglich war, eine Sonde einzuführen. Es bestand eine chronische partielle Retention in der Harnblase, welche 110 g trüben Harn zurückhielt, der Eiter und Schleimpartikelchen enthielt und ammoniakalischen Geruch hatte.

Im Harn fand ich einen Staphylococcus, welcher sich nach Gram nicht entfärbte, und einen beweglichen Bacillus, welcher sich entfärbte. In mit dem Harn angelegten Culturen wuchs nur der Bacillus, welcher sämtliche characteristischen Eigenschaften des Bacterium coli besaß, auf Gelatine Blasen bildete, Harn nicht zersetzte, Milch coagulirte, trübes Serum und granulirte Gerinnsel erzeugend, und sich nach Gram entfärbte.

Behandlung. Dilatationen der Harnröhre. Nach einigen Tagen Urethrotomia interna. Der Patient bekam 2 g Urotropin täglich. Injectionen von Arg. nitricum in Lösung von 1 : 100 (jedesmalige Injectionsmenge betrug 40 g). Der Harn zeigte nun geringeren Eitergehalt, wurde viel klarer und geruchlos. Die Schmerzen am Perineum verschwanden. Der Patient bekam

wieder Appetit und erlangte bald seine früheren Kräfte. Desgleichen verschwand das Fieber. Trotzdem klärte sich der Harn immer nicht vollständig auf und die Harnblase zog sich bisweilen nicht zusammen, obgleich ihre Contractilität zugenommen hatte. In diesem Zustande führte ich dem Patienten einen Pezzer'schen Dauerkatheter ein, welcher ihn weder beim Gehen, noch bei der Arbeit incommodirte. Nach zwei Tagen wurde der Harn durchsichtig, trotzdem wurde der Patient angehalten, den Katheter weiter zu tragen und sich in den folgenden zehn Tagen täglich eine Ausspülung mit Arg. nitricum-Lösung von 1 : 100 zu machen. Nach der Operation bemerkte ich, daß bei Einführung der Sonde dieselbe häufig festgehalten wird, gleichsam durch hinter der Strictur in der Pars bulbosa befindliche Trabekel.

Zehnte Beobachtung. Cystitis, hervorgerufen durch Bacillus liquefaciens pyogenes, durch einen Coccus und durch einen Bacillus. Der Fall betrifft einen 60jährigen Patienten, der angab, niemals an Syphilis oder an irgend einer anderen venerischen Krankheit gelitten zu haben. Seit 14 Tagen leidet der Patient an Paraplegie, welche sich in Folge von Myelitis apoplectischen Ursprungs eingestellt hatte. Da er in Folge der Harnblasenlähmung nicht zu uriniren vermochte, wurde er von einem Arzte mittels metallischen Katheters sondirt, was mit einer geringen Blutung einherging. Seit dieser Zeit wurde der bis dahin durchsichtige Harn trübe, übelriechend, dunkelrot und schleimig. Eines Tags gelang die Sondirung nicht und 14 Stunden später wurde ich durch den Hausarzt hinzugezogen.

Mir gelang es leicht, die Sonde einzuführen, weil ich an der Harnröhre weder eine Verletzung, noch eine Strictur, noch etwas anderes gefunden habe. Die Prostata war fast normal, die Harnblase stark dilatirt, so daß der Patient ein Gefühl von schmerzhafter Völle im Unterleib empfand und spontan selbst tropfenweise nicht zu uriniren vermochte.

Der Harn war im Moment der Entleerung sauer und behielt diese Reaction, in einem Probircylinder im Trockenapparat aufbewahrt, 25 Tage lang. Die mikroskopische Untersuchung des Harns ergab in demselben einen Coccus, einen Diplobacillus, sowie einen kurzen, dicken, beweglichen Bacillus, welche sich sämtlich nach Gram entfärbten.

Durch das Culturverfahren züchtete ich einen beweglichen Bacillus, der rasch Bouillon trübte und in derselben starken Niederschlag bildete.

Gelatine verflüssigte er rasch, dieselbe übelriechend machend; manchmal sah man auf dem Boden einige Blasen und einen dicken Bacillus, der kettenweise, paarweise oder isolirt angeordnet, kurz und beweglich war und sich nach Gram entfärbte.

Harn zersetzte er nicht.

Milch coagulirte er in 24 Stunden, fast durchsichtiges Serum und sehr compacte Gerinnsel bildend.

Impfversuche. Einem kleinen indischen Kaninchen inoculirte ich auf den Rücken in der Nähe des Schwanzes, auf der rechten Seite der Wirbelsäule in das Unterhautzellgewebe 1 ccm einer 3tägigen Bouilloncultur,

selbstverständlich unter Befolgung sämtlicher aseptischen Cautelen. An der Injectionsstelle wurde die Haut am folgenden Tage rot, heiß und geschwollen, nach drei Tagen zeigte sich deutliche Fluctuation. Zehn Tage nach der Inoculation sah man einen dicken schwarzbraunen Schorf, der wie eingetrockneter blutiger Eiter aussah. Nach sorgfältiger Abhebung des Schorfs überzeugte ich mich, daß derselbe von einer 1 cm großen Hautnecrose herrührte, auf welcher sich eine 2 cm lange und 1½ cm im Diameter messende, aus necrotischem Zellgewebe und Eiter bestehende weiße Masse befand. Nach Entfernung des Schorfes blieb eine Eiterhöhle zurück, aus deren Inhalt durch das Culturverfahren ein Bacillus isolirt wurde, der, auf Harn übertragen, sich gut entwickelte und denselben trübte, ohne ihn jedoch zu zersetzen.

1 ccm von einer 6monatigen Bouilloncultur erzeugte, einem Meerschweinchen unter die Haut injicirt, innerhalb acht Tagen eine Necrose der Haut und des Unterhautzellgewebes, welche 8 cm lang und 6 cm breit war. Nach 12 Tagen stieß sich eine schwärzliche trockene Kruste ab, ohne daß unter der necrotisirten Haut Eiter gesehen wurde.

Auf Plattenculturen erhielt ich einen Coccus, der zweimal so groß war wie der Staphylococcus, Gelatine nicht verflüssigte, Harnstoff nicht zersetzte, sich ausschließlich auf der Oberfläche der Gelatine ausbreitete, eine dicke weißliche Decke bildend; er coagulirte Milch und entfärbte sich nach Gram ziemlich schwer innerhalb 20 Minuten.

Auf einer anderen Cultur fand ich einen Bacillus, der Gelatine nicht verflüssigte, durch eine rötliche Linie begrenzte Colonien bildete und keine Blasen erzeugte. Er war groß, beweglich und entfärbte sich nach Gram mit einiger Schwierigkeit.

Harnstoff zersetzte er nicht.

Er coagulirte Milch, trübes Serum bildend und Gerinnsel, die sich vom Serum nicht vollständig absonderten und mehr auf dem Boden des Gefäßes verblieben.

Behandlung. Die Eiweißmenge, welche mit dem Harn zur Ausscheidung gelangte, war größer, als man, der Eitermenge entsprechend, erwarten konnte: es schien somit, daß außer der Cystitis auch Pyelitis bestand. Ich behandelte die Cystitis mit Ausspülungen der Harnblase mit Arg. nitr.-Lösungen und führte, da die Einführung der Sonde häufig mit Schwierigkeiten verknüpft war, dem Patienten einen Dauerkatheter ein. Nach drei Tagen wurde der Harn klar, geruchlos und frei von Schleimbeimengungen; die zurückgebliebene Sedimentirung des Harns war äußerst gering. Es gelang somit, die Blasenaffection zu beheben und den Patienten, der später einer Gehirnaffection erlag, eine Zeit lang beschwerdefrei zu machen.

Elfte Beobachtung. Fall von durch Diplococcus ureae liquefaciens hervorgerufener Cystitis. Derselbe betrifft eine 37jährige, verheiratete, kinderlose Frau, welche im Jahre 1898 wegen Strictur und Cystitis in ärztlicher Behandlung war, welche in Bezug auf die Cystitis

von Erfolg gekrönt war. Nachdem aber die Patientin bereits über sechs Monate außer Behandlung war, kehrten die Beschwerden zurück, und so wandte sich die Patientin am 3. Januar 1899 an mich. Die Nieren waren nicht schmerzhaft und zeigten bei der Palpation nichts Abnormes. Die Patientin urinirt stündlich, wobei sich am Schluß der Miction etwas Brennen einstellt. Der Harn ist trübe, aber nicht bluthaltig; von der Strictur ist nichts mehr zu sehen.

Der Harn ist sauer, trübe, geruchlos; er zeigt einen geringen Niederschlag, indem man bei der mikroskopischen Untersuchung Eiter und einen großen, dem Gonococcus ähnlichen Diplococcus sieht, der sich nach Gram nicht entfärbt.

Der gesammelte Harn wird am folgenden Tage alkalisch. Auf mit dem Harn angelegten Culturen wächst nur ein Diplococcus, der sich nach Gram nicht entfärbt.

Bouillon trübt er stark.

Gelatine verflüssigt er.

Harn zersetzt er innerhalb 30 Stunden.

Milch coagulirt er, trübes Serum und compacte Gerinnsel am Boden des Gefäßes bildend. Er entfärbt sich nicht nach Gram. In sämtlichen Culturen sieht man einen großen Diplococcus.

Behandlung. Ich machte einige Tage Ausspülungen mit Argentum nitricum-Lösungen, nachdem ich der Patientin einen Pezzer'schen Dauerkatheter eingeführt hatte. Die Patientin blieb acht Tage ununterbrochen zu Bett und bekam täglich eine Ausspülung mit einer Arg. nitricum-Lösung 1:500 und manchmal mit Seifenwasser. Am siebenten und achten Tage hatte die Patientin Schüttelfrost und etwas Fieber. Ich entfernte den Dauerkatheter und machte Injectionen mit je 10,0 einer Protargollösung 1:50, außerdem bekam die Patientin innerlich 1,0 Piperazin. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand ganz bedeutend: nach einem Monat war die Patientin im Stande, bereits 40 g Flüssigkeit in der Blase zu behalten, die Schmerzen waren total verschwunden und der Harndrang viel geringer. Ich applicirte der Patientin noch einige Ausspülungen mit einer Sublimatlösung 1:2000 und hierauf mit einer Arg. nitricum-Lösung 1:100, jedes Mal 40 g Flüssigkeit injicirend. Der weitere Erfolg der Behandlung war der, daß die Mictionsfrequenz auf 3—4 Mictionen täglich herabging und daß die Patientin gegenwärtig 60 g Harn in der Harnblase schmerzfrei zu behalten vermag. Allerdings ist der Harn auch jetzt noch trübe.

Zwölfte Beobachtung. Der Fall betrifft einen 43jähr., verheirateten Mann, der, bis dahin vollständig gesund, vor acht Monaten im Anschluß an eine Harnphlegmone und einen Harnabsceß eine Fistel bekam, wegen welcher im Krankenhause die Urethrotomia externa ausgeführt wurde. Zwar schloß sich die Fistel, jedoch scheint zweifellos eine Infection stattgefunden zu haben, denn der Patient begann an sehr häufigen Harnbeschwerden zu leiden, hauptsächlich an Schmerzen am Schluß der Harnentleerung. Auch

war der Harn trübe. Die Krankheitserscheinungen verschlimmerten sich mit der Zeit derart, daß kaum eine Stunde verging, ohne daß der Patient uriniren mußte, und die Schmerzen am Schluß der Harnentleerung unerträglich wurden. In der Pars vesicalis urethrae stellte ich eine Strictur No. 20 fest, sowie im Perineum eine Narbe, die von der oben erwähnten Operation herrührte. Die Strictur war contractil und bei der Einführung der Sonde schmerzhaft. Der mit der Sonde entleerte Harn war trübe, stark eiterhaltig, sauer, geruchlos, eiweißfrei. Die mikroskopische Untersuchung zeigte in demselben Eiterkörperchen und bewegliche, gepaarte Bacillen, die sich nach Gram entfärbten.

In mit dem Harn angelegten Culturen wuchs nur ein Bacillus mit sämtlichen characteristischen Eigenschaften des Bacterium coli, wobei der Harn nicht zersetzt wurde.

Behandlung. Injectionen von Antipyrin und Arg. nitricum, systematische Dilatationen der Strictur, hierauf Instillationen mit Sublimat, weil die Harnblase sehr empfindlich war. Es gelang, die Strictur bis auf 47 Beniqué zu erweitern. Darüber war jeder Dilatationsversuch anhaltend schmerzhaft und, da sich außerdem die Fistel wieder öffnete, schlug ich dem Patienten die Urethrotomia externa vor, in welche er jedoch nicht einwilligte. Unter Fortsetzung der früheren Behandlung klärte sich der Harn bedeutend auf und die Schmerzen minderten sich, die Strictur blieb jedoch contractil und schmerzhaft.

* * *

In der ersten, im Jahre 1895 veröffentlichten Serie von Beobachtungen fand ich 2mal Proteus vulgaris in Reincultur, 3mal Bacterium coli gleichfalls in Reincultur, 2mal einen hellgelben Staphylococcus, der etwas dicker war, als der Staphylococcus aureus, der aber zweifellos eine Abart des letzteren zu sein scheint; in einem der beiden letzteren Fälle fand ich den Staphylococcus allein, in dem zweiten (No. 4) mit einem nicht pyogenen Streptobacillus vergesellschaftet, der das Aussehen des von Petit und Wassermann in der Harnröhre gefundenen und von mir in dem Fall sub No. 6 der früheren Beobachtungsreihe festgestellten Bacillus hatte. 1mal fand ich den Gonococcus, 1mal den Diplococcus liquefaciens pyogenes, der mit dem No. 3 von Petit und Wassermann, nicht aber mit dem Rovsing'schen Diplococcus ureae identisch zu sein schien, weil sich letzterer nicht, der erstere dagegen gut entfärbte. Im Fall sub No. 9 fand ich einen Bacillus longus pyogenes, der beweglich, bisweilen in Ketten angeordnet und mit dem Rovsing'schen Bacillus longus ureae nicht identisch war, weil letzterer Gelatine verflüssigte, während der von mir gefundene

diese nicht verflüssigte. Harn zersetzte der von mir gefundene Bacillus bisweilen, aber nicht immer, so zersetzte er den Harn, wenn er in die Harnblase eines Kaninchens gebracht wurde; im Probircylinder wirkte er manchmal auf den Harn zersetzend, manchmal auch nicht; schließlich verfärbte er sich nicht nach Gram, wie ich bereits früher betont habe.

Im Fall sub No. 10 fand ich ausschließlich einen nicht pyogenen Bacillus, der Gelatine nicht verflüssigte und sich nach Gram nicht entfärbte. Nach der Veröffentlichung des Falles habe ich die Vermutung ausgesprochen, daß in demselben Tuberculose vorliege, und diese Vermutung fand durch die späterhin vorgenommene Sectio hypogastrica volle Bestätigung.

In der zweiten Beobachtungsreihe, welche im Ganzen 12 Fälle umfaßt, fand ich 2mal Tuberkelbacillen allein.

In 6 Fällen fand ich Staphylococcus albus oder einen gelben Staphylococcus, aber niemals allein, und zwar trat er auf:

im Fall sub No. 3 in Gemeinschaft mit Bacterium coli, mit einem kleinen nicht pyogenen Bacillus und mit einem grauen nicht pyogenen Coccus;

im Fall sub No. 4 mit einem nicht pyogenen, Harnstoff nicht zersetzenden Bacillus;

im Fall sub No. 5 mit einem großen viereckigen, Harnstoff nicht zersetzenden Diplococcus;

im Fall sub No. 7 mit einem nicht pyogenen, Harnstoff nicht zersetzenden Bacillus liquefaciens und mit einem Diplococcus;

im Fall sub No. 8 mit Bacterium coli, Staphylococcus aureus und albus;

im Fall sub No. 9 mit Bacterium coli.

1mal fand ich Staphylococcus candidus ureae allein;

1mal Diplococcus ureae liquefaciens pyogenes allein;

1mal Bacterium coli allein und, wie wir gesehen haben, 3mal in Gemeinschaft mit Staphylococcus.

1mal fand ich Bacillus liquefaciens pyogenes, welcher rasch Gelatine verflüssigte, durch seine characteristischen Eigenschaften in hohem Maße an Proteus erinnerte und, wie wir im Fall sub No. 10 gesehen haben, Harn nicht zersetzte, auch nicht, nachdem er in das Unterhautzellgewebe eines Meerschweinchens gebracht wurde, und vielleicht eine Abart des Proteus darstellt. In Gemeinschaft mit diesem Bacillus fand sich ein Coccus, der dem von Petit und Wassermann sub No. 5 beschriebenen ähnlich und ein dicker eiförmiger Diplococcus war; außerdem fand sich ein

Bacillus, der mit No. 6 in Einklang gebracht werden konnte, obgleich er, wie ich fand, Milch coagulirte.

Wenn auch die Gesamtzahl der Fälle, welche diese beiden Serien ausmachen, keine allzugroße ist, so ist es doch immerhin der Beachtung wert, daß ich nur 3 mal Bacterium coli in saurem Harn gefunden habe, d. h. als einzige Ursache, auf welche man die Cystitis zurückführen konnte. Im Fall sub No. 4 der ersten Serie gelang es mir zwar zunächst, durch das Culturverfahren nur das Bacterium coli zu isoliren; ich zweifle aber nicht, wie gesagt, daß der Harn auch andere Mikrobienarten enthielt, weil er mehrmals ammoniakalisch war. Im Fall sub No. 9 der zweiten Serie gelang es mir zwar gleichfalls, das Bacterium coli zu isoliren, der Harn war aber stets alkalisch und enthielt auch einen Staphylococcus, welcher sich nach Gram nicht entfärbte. Ich gelange in Folge dessen zu dem Schluß, daß die Annahme Guyon's und seiner Schüler, daß die meisten Cystitiden durch das Bacterium coli hervorgerufen werden und mit saurem Harn einhergehen, der sicheren Grundlage entbehrt, wenn es auch andererseits außer Zweifel ist, daß das Bacterium coli in vielen Fällen die Ursache der Cystitis abgiebt und daß es sehr häufig im Harn angetroffen wird: ich selbst fand unter 21 Fällen das Bacterium coli 7 mal. Andererseits ist es aber auch sicher, daß auch der Staphylococcus häufig Cystitis herbeizuführen vermag, und wenn die beiden Mikrobienarten vergesellschaftet angetroffen werden, so ist es schwer zu bestimmen, welcher der beiden Mikroorganismen die Cystitis verursacht hat. Jedenfalls ist es sicher, daß beide bei der Entstehung der Cystitis mitwirken, der Staphylococcus vielleicht meistenteils, denn ich fand ihn unter meinen 23 Fällen 8 mal.

Im Allgemeinen gehen meine Erfahrungen, welche ich in den angeführten 23 Fällen sowohl, wie auch an einer großen Anzahl anderweitiger, von mir behandelter, aber bacteriologisch nicht untersuchter Fälle von Cystitis gemacht habe, dahin, daß in den meisten Fällen die Cystitis, wie Rovsing annimmt, mit alkalischem Harn einhergeht; denn wenn der Harn im Moment des Austritts aus der Blase auch sauer ist, so behält er doch selten diese Acidität länger als 24 Stunden. Von meinen hier geschilderten 23 Fällen zeigte der Harn im Moment der Entleerung 5 mal alkalische, 16 mal saure Reaction und 2 mal manchmal saure, manchmal alkalische. In den 16 Fällen mit saurem Harn ging die Reaction 8 mal innerhalb 24 Stunden in eine alkalische über und in 8 Fällen handelte es sich um Cystitis, welche durch Harnstoff nicht zersetzende Bacterien verursacht war, und der saure Harn behielt im Probircylinder seine Reaction. Das beweist, daß es zur Herbeiführung

einer Cystitis durchaus nicht nötig ist, daß Bacterien den Harnstoff zersetzen, daß es genügt, wenn die Bacterien pyogen sind, um unter gewissen Bedingungen, wie traumatische Congestion oder sonstige Schädigung der Schleimhaut, eine Cystitis zu erzeugen. Aber auch angenommen, daß die Rovsing'sche Bedingung durchaus notwendig wäre, selbst daß die acht Fälle von Cystitis durch Harnstoff zersetzende Bacterien hervorgerufen seien, so muß man doch immerhin bedenken, daß der Harn, der im Moment der Entleerung stets sauer war, nicht im Stande wäre, eine Entzündung der Blasenschleimhaut zu erzeugen, weil er keine caustischen Eigenschaften besitzt. Andererseits gebe ich gern zu, daß, wenn der Harn durch irgend eine Mikrobienart zersetzt wird, in der Harnblase Congestionen und sonstige Schädigungen der Schleimhaut entstehen können, welche die Implantation der cystitiserregenden Bacillen begünstigen.

Was die Classification der Cystitiden betrifft, so ist es nach meiner Meinung vorläufig sehr schwer, eine solche in exacter Weise durchzuführen, weil es doch eine Anzahl anderer Mikrobien giebt, die selten angetroffen werden und deshalb noch nicht genügend studirt sind. Man müßte eine viel genauere Erforschung eines jeden der in Betracht kommenden Keime vornehmen, sowie der speciellen Verhältnisse, unter denen sie Entzündung herbeiführen, bevor man zur Classification schreitet. Vorläufig könnte man nach meiner Meinung außer der von Rovsing aufgestellten ersten Gruppe der catarrhalischen Cystitiden noch zwei Gruppen acceptiren bezw. die Einteilung der Cystitis in solche mit ammoniakalischem Harn, sowie in solche mit saurem Harn und dieselben mit Mikrobien in Zusammenhang bringen, die den Harn zersetzen oder nicht. Es ist klar, daß es zur Unterscheidung dieser beiden Gruppen nicht genügt, die Reaction des Harns im Moment der Entleerung zu prüfen; vielmehr muß man den Harn in eine sterilisirte Tube sammeln, 24 Stunden stehen lassen und dann untersuchen. Für die Fälle, in denen man Mikrobien vergesellschaftet findet, welche, wie z. B. Bacterium coli und Staphylococcus, einzeln an und für sich Cystitis erzeugen können, müßte man eigentlich eine dritte Gruppe von gemischten Cystitiden aufstellen, weil es in solchen Fällen schwer zu unterscheiden ist, welcher der in Frage kommenden Mikroorganismen mehr activ ist, und man annehmen darf, daß sich beide in gleicher Weise an der Erzeugung der Krankheit beteiligen.

Resumé: Auf Grund meiner Erfahrungen gelangte ich zu dem Schluß, daß sämtliche pyogenen Bacterien Cystitis hervorrufen können, wenn die Harnblase sich in einem gewissen Zustand von Congestion, von Traumatismus oder

anderer Verhältnisse, welche die Implantation begünstigen können, befindet. Das Bacterium coli ist häufig die Ursache von Cystitis, aber die Mikrobien, welche Harnstoff zersetzen, rufen allein oder in Gemeinschaft mit Bacterium coli Cystitis noch häufiger hervor.

Behandlung: Was diese betrifft, so werde ich kaum etwas Neues hinzufügen können. Ich behandele die Cystitis den Ratschlägen meines hochverehrten Professors Guyon folgend und ebenso, wie er und seine Schüler, Ausspülungen, Instillationen, Auskratzungen, Dauerkatheter, Sectio hypogastrica etc. je nach den sich in jedem einzelnen Fall darbietenden Verhältnissen anwendend. Ich will nur bemerken, daß ich bei Anwendung der Dauersonde Erfolge erzielt habe, wie bei keiner anderen Behandlungsmethode. Ich ziehe den Nélaton'schen oder den Pezzer'schen Katheter vor und wende ihn selbst bei Personen an, welche sich Bettruhe nicht gönnen können und ihre Arbeit weiter verrichten müssen. Trotz der großen Anzahl von Patienten, bei denen ich unter diesen ungünstigen Verhältnissen den Dauerkatheter eingeführt habe, habe ich niemals erlebt, daß derselbe irgend welche Störungen verursachte; im Gegenteil erfuhren die Patienten eine derartige Besserung, daß sie über das rasche Verschwinden der Schmerzen, des Blutes aus dem Harn, der Harntrübung staunen mußten. Allerdings erfordert die Anwendung des Dauerkatheters, welche sich in einer großen Anzahl von Fällen als in hohem Maße wirksam erweist, die größte Umsicht und die peinlichste Sauberkeit.

Bezüglich des Protargols, Argonins und der übrigen zahlreichen Silberpräparate muß ich sagen, daß ich denselben dem Argent. nitric. gegenüber keine Vorteile nachrühmen kann, da sie im Allgemeinen die Krankheitserscheinungen nicht zu beheben und das Argentum nitricum nicht zu ersetzen vermögen. Allerdings ist es wahr, daß das Argentum nitricum Schmerzen hervorruft; es wirkt aber sicher und rasch. Desgleichen habe ich durch Anwendung des Urotropins bei Cystitis dieselbe nicht zum Verschwinden bringen können. Sowohl das Urotropin, wie auch das Salol und die Borsäure kämen nur bei Bacteriurie und als Mittel zur Vervollständigung der localen Behandlung in Betracht. Ich habe keinen einzigen Fall beobachtet, in dem bei innerlichem Gebrauch der angeführten antiseptischen Mittel ohne gleichzeitige locale Behandlung sämtliche Cystitiserscheinungen verschwunden wären, und ich bin der Meinung, daß weder das Urotropin, noch das Salol per se eine Cystitis zu heilen und sogar kaum irgend eine Erleichterung zu bringen vermögen.

Bei gonorrhoischer Cystitis habe ich stets rasche und sichere

Resultate durch Kali hypermanganicum erzielt: die Schmerzen, der Blutgehalt des Harns und die Tenesmen verschwanden nach 2—3 Ausspülungen. Ich habe stets nur schwache Lösungen angewendet (1:6000), weil stärkere Lösungen eine sehr unangenehme Empfindung verursachen und keine so guten Resultate geben. Wenn die Schmerzen und der Blutgehalt des Harns nicht rasch verschwinden, so bedeutet es, daß außer den Mikrobien, welche die Cystitis bewirken, auch andere vorhanden sind. Einige Male fand ich neben dem Gonococcus Mikrobien, welche sich nach Gram nicht entfärbten, aber nicht pathogen zu sein schienen, weil der Harn in diesen Fällen, nachdem die Gonokokken und die schweren Symptome der acuten Cystitis verschwunden waren, zwar trübe blieb, die Kranken aber keine Schmerzen und keinen Harndrang mehr hatten und kein Blut mehr mit dem Harn entleerten, d. h. die Patienten befanden sich vollkommen wohl und hatten nur trüben, bacterienhaltigen Harn. In diesen Fällen habe ich die Bacteriurie weder mit Sublimat, noch mit Argentum nitricum, noch mit Urotropin oder Protargol beseitigen können. Ich ließ die Patienten einfach ohne weitere Behandlung, und der Harn wurde nach einiger Zeit von selbst klar.

Bei tuberculöser Cystitis habe ich, wenn die Affection auf die Blasenschleimhaut beschränkt war, vorzügliche Resultate mit Sublimatinstillationen erzielt. So habe ich z. B. mit dieser Behandlung im Fall sub No. 1 der zweiten Serie vollständige Heilung erzielen können. Allerdings habe ich in diesem Fall sowohl, wie auch in den Fällen, in denen die Nieren gleichfalls tuberculös erkrankt waren, gleichzeitig der allgemeinen Behandlung Rechnung getragen und Aufenthalt in frischer Luft, sowie reichliche Ernährung verordnet. Bei dieser Behandlung erholten sich die Patienten rasch hinsichtlich ihres Allgemeinbefindens unter gleichzeitiger Beschränkung und selbst vollständiger Abheilung des localen Krankheitsprocesses, wie ich das in den Fällen sub No. 1 und No. 2 beobachten konnte. Ich glaube, daß die Krankheit, solange sie sich noch im ersten Stadium befindet und solange noch keine Ulcerationen bezw. gröbere Zerstörungen des Gewebes vorhanden sind, durch allgemeine pneumatische und diätetische Therapie zur Heilung gebracht werden kann. Ist aber die Krankheit weit fortgeschritten, bestehen große Schmerzen und Hämorrhagien und ist die Affection der Nieren auch weit fortgeschritten, so kommt die operative Behandlung in Betracht; aber auch nach der Operation muß eine allgemeine Nachbehandlung stattfinden.

Was die innerliche Medicamentation betrifft, so gebe ich meinen Patienten nur Creosot mit Vasogen oder mit Tinctura gentianae.

Tabellarische Zusammenstellung der 12 Fälle der zweiten Beobachtungsserie.

1899	Gelatine wird verflüssigt	Harn wird zersetzt	Färbt sich nach Gram	Milch wird coagulirt
Fall I. Bacillus Kochii				
Fall II. Bacillus Kochii				
Fall III. 1. Bacterium coli	—	—	—	+
2. Gelb. Staphylococc.	+ Die verfl. Gel. ist klar, gelbe Decke	+	+	
3. Kleiner Bacillus	+	—	+	
4. Grauer Coccus	—	—	+	
Fall IV. 1. Staphylococc. albus	+ Die verfl. Gel. ist klar, weiße Decke	+	+	
2. Bacillus	—	—	+	
Fall V. 1. Staphylococcus albus	+ Die verfl. Gel. ist klar, weiße Decke	+	+	—
2. Diplococc. tetragonus — großer Coccus	+ Die verflüssigte Gelat. ist trübe	—	+	—
Fall VI. Staphyl. ureae candidus	—	+	+	
Fall VII. 1. Bacill. liquefaciens non pyogenes	+ Schnell	—	+	+
2. Staphyloc. aureus	+	+	+	
3. Diplococcus	—	—	+	+
Fall VIII. 1. Staphyloc. albus	+ Die verfl. Gel. ist klar, weiße Decke	+	+	
2. Staphyloc. aureus	+ Gelbe Decke	+	+	
3. Bacterium coli	— Mit Luftblasen	—	—	+
Fall IX. 1. Bacillus coli	— Mit Luftblasen	—	—	+
2. Staphylococcus				
Fall X. 1. Bac. liquefac. pyogen., beweglich, klein, dünn	+ Schnell, mit schlecht. Geruch	— Harn immer sauer, auch n. 20 Tagen	—	+
2. Coccus albus. Mikrococcus No. 5 Petit und Wassermann	—	—	—	+
3. Bacillus No. 6 Petit und Wassermann	—	—	—	+
Fall XI. Diplococc. ureae liquefaciens pyogenes	+	+	+	+
Fall XII. Bacterium coli	—	—	—	+

+ = positiver Ausfall. — = negativer Ausfall.

Zwei Fälle von Nierentuberculose.[1])

Von
Prof. **A. v. Korányi**, Budapest.

M. H.! Es kann gelegentlich vorkommen, daß, wenigstens eine Zeit lang, Nierentuberculose nur Nierenschmerzen verursacht. Bei der außerordentlichen Häufigkeit der Wanderniere kann es sich ereignen, daß sich diese klinische Form der Nierentuberculose in einer Wanderniere entwickelt. In solchen Fällen liegt die irrtümliche Annahme von einem causalen Zusammenhang zwischen dem Nierenschmerz und der abnormen Beweglichkeit der Niere sehr nahe. Die Mitteilung folgender Fälle soll die Folgen dieses Irrtums, sowie den Weg demonstriren, welcher zur richtigen Diagnose führen kann.

Sie sehen hier eine 26 Jahre alte Frau. Sie stammt, soweit wir erfahren können, aus gesunder Familie. Vor fünf Jahren stellten sich bei ihr heftige Schmerzen ein, als deren Sitz eine rechtsseitige Wanderniere erkannt wurde. Ein Jahr lang wurde sie durch diese Schmerzen gequält, bis sie sich endlich zu einer Operation überreden ließ. Ihre rechte Niere wurde fixirt. Nach der Operation hörten die Schmerzen auf, und Patientin konnte drei Jahre lang ihr Brot als Dienstmädchen verdienen. Im März des vergangenen Jahres stellten sich jedoch die Nierenschmerzen wieder ein. Außerdem trat häufiger Harndrang auf, und Patientin entleerte unter Schmerzen einen schmutzigen, trüben Harn. Da ihr Zustand immer ärger wurde, kam sie im December des vergangenen Jahres auf meine Abteilung.

Ich konnte bei ihr feststellen, daß ihre rechte Niere trotz der vorangegangenen Fixation ziemlich beweglich, schmerzhaft und faustgroß war. Die Capacität ihrer Harnblase betrug kaum 50 ccm. Sie

[1]) Aus der Sitzung der Gesellschaft der Spitalärzte in Budapest am 2. März 1900.

entleerte in häufigen, kleinen Portionen täglich 800—1000 ccm Harn. Derselbe enthielt sehr viel Eiter, Schleim, Epithelzellen, hier und da einige rote Blutkörperchen. Tuberkelbacillen konnten im Harn nicht nachgewiesen werden. Patientin fieberte täglich.

Das ganze Krankheitsbild machte den Eindruck einer tuberculösen Cystitis. Bei der Größe und Schmerzhaftigkeit der rechten Niere war kaum daran zu zweifeln, daß auch die rechte Niere tuberculös erkrankt sei. Doch hätte man, wenn auch nur mit geringer Wahrscheinlichkeit, auch daran denken können, daß die Nierensymptome unabhängig von der Blasenerkrankung und die Folge der abnormen Beweglichkeit der Niere seien. Den sichersten Beweis für eine Pyelonephritis lieferte die geringe Gefrierpunktserniedrigung (0,77°) des Harns bei 1000 ccm Harnmenge.[2])

Nachdem die innere Behandlung zu keiner Besserung führte, mußte an eine Nierenoperation gedacht werden. Die vorhandene Cystitis konnte nicht für eine absolute Contraindication einer Nephrectomie gelten. Es ist ja bekannt, daß die Cystitis tuberculosa nach der Abtragung der tuberculösen Niere ausheilen kann. Vor zwei Jahren habe ich diesen Ausgang der Blasentuberculose an einem Patienten der I. medicin. Klinik erlebt, dessen tuberculöse Niere Prof. Dollinger exstirpirte. Besonders nach den hochinteressanten Ausführungen von Prof. König[3]) mußten wir dieser Möglichkeit auch bei der Beurteilung unseres Falles Rechnung tragen. Ich glaube jedoch, daß man in einem Falle, wo Nierentuberculose mit Blasentuberculose vorliegt, auf einen glücklichen Ausgang kaum rechnen kann, wenn beide Nieren tuberculös erkrankt sind. Es ist ja kaum denkbar, daß eine Blasentuberculose günstig durch eine Nephrectomie beeinflußt werden könne, wenn die andere Niere nach der Operation fortfährt, ihr inficirtes Secret der kranken Blase zuzuführen. Wenn wir auch in der letzten Zeit gelernt haben, daß die Nephrectomie unter Umständen auch bei kranker Blase oder sogar bei der Erkrankung der anderen Niere zu überraschenden Erfolgen führen kann, so wäre es doch gewagt, diese Operation in einem Falle auszuführen, in welchem beide Complicationen neben ein-

---

[2]) Die Wichtigkeit dieses Symptoms, wenn es sich um die Diagnose einer Pyelitis handelt, habe ich zum ersten Mal im V. Band eines in ungarischer Sprache erschienenen Handbuches der inneren Medicin (Belgyógyászat kézikönyve), in welchem ich die Nierenkrankheiten bearbeitete, im Februar 1899 hervorgehoben. Zu demselben Resultate gelangte auch Lindemann (Deutsches Archiv f. klin. Med 1899, Octoberheft).

[3]) Die chirurgische Behandlung der Nierentuberculose. Deutsche med. Wochenschrift 1900, No. 7.

ander sicher vorhanden sind. In unserem Fall hatte also die Lösung des Problems der anderen Niere eine besonders schwerwiegende Bedeutung.

Es wurde oft gesagt, und zuletzt hat König betont, daß es Fälle giebt, in welchen wir nicht im Stande sind, „mit absoluter Sicherheit zu diagnosticiren, daß die andere Niere absolut gesund ist". Ich glaube, meine Herren, daß wir diese absolute Sicherheit überhaupt nie erlangen können. Unsere Methoden führen höchstens zu dem Resultat, daß wir in vielen Fällen das Ergriffensein der anderen Niere sicher erkennen können. Im entgegengesetzten Fall dürfen wir nur so weit gehen, zu sagen, daß zur Annahme einer zweiseitigen Nierenerkrankung jeder Grund fehlt, doch kann diese Annahme nie ganz ausgeschlossen werden.

Trotz dieser unheimlichen Unsicherheit, in welcher wir immer über den Zustand der anderen Niere bleiben müssen, sieht doch der Fall ganz anders aus, wenn wir auf die Krankheit der anderen Niere nicht ungefaßt sind, als wenn wir bestimmt wissen, daß beide Nieren krank sind.

In dem vorgestellten Fall schien die Exstirpation der rechten Niere bei der bestehenden Blasentuberculose geboten zu sein, so lange wir nicht bestimmt wußten, daß die linke Niere mit erkrankt ist, während die Operation durch die sicher nachgewiesene Krankheit der linken Niere unserer Meinung nach wenigstens erfolglos bleiben mußte. Daher war es unsere Pflicht, Alles zu versuchen, was eine Aufklärung über die linke Niere versprechen konnte.

Durch Palpation der linken Niere konnte nichts Verdächtiges erkannt werden. Verdächtig erschien dagegen die sehr geringe Gefrierpunktserniedrigung des Harns bei ziemlich geringer Harnmenge. Aus diesen beiden Daten folgte, daß die Nieren täglich eine so geringe Zahl von festen Molecülen secernirten, daß diese kaum ein Drittel der normalen Mittelzahl erreichte. Doch wurde dieser Verdacht durch die Blutuntersuchung entkräftet. Die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes war 0,56°, also normal. Folglich fand keine merkliche Retention von festen Molecülen im Blut statt, und die geringe Moleculardiurese mußte als Folge des geringen, dem Allgemeinzustand der Patientin entsprechenden Stoffwechsels gedeutet werden. Da diese Untersuchungsergebnisse negative, also unverläßliche Resultate lieferten, da ferner die geringe Capacität der Blase dem Harnleiterkatheterismus im Wege stand, entschloß ich mich zu einer Tuberculininjection.

Es war von vornherein wahrscheinlich, daß es sich um Nieren- und Blasentuberculose handle. Ich rechnete auf die locale Reaction, um eine erheblichere Erkrankung der linken Niere zu entdecken.

0,001 g Tuberculin löste in der That eine locale Reaction aus, welche in einer bedeutenden Schmerzhaftigkeit der rechten Niere, in einem sehr hochgradigen, schmerzlichen Harndrang, in einem Schmerz und circumscripter, heftiger Druckempfindlichkeit des linken Ureters und einem Sinken der Harnmenge auf 400 ccm bestand. Die allgemeine Reaction steigerte die Temperatur bis über 40°. Tags nachher befand sich Patientin wie vor der Tuberculininjection, doch verdankte ich derselben den sicheren Nachweis der Tuberculose des linken Ureters. Nach diesem Nachweis mußte ich auf die Hoffnung, die Patientin durch den Chirurgen heilen zu lassen, verzichten.

Ich will nicht behaupten, daß die Nierenschmerzen, welche vor fünf Jahren als Folgen der Wanderniere angesehen wurden, bereits von der Nierentuberculose herrührten, doch läßt sich dieser Gedanke auch nicht einfach zurückweisen, und auch der Gedanke nicht, daß es vielleicht schon zu dieser Zeit nach einer Tuberculininjection möglich gewesen wäre, die Nierentuberculose zu erkennen und die Patientin zu retten.

Der zweite Fall, den ich bei dieser Gelegenheit kurz erwähnen will, beweist, daß die Tuberculininjection bei fälschlich auf Wanderniere bezogenen Schmerzen in der That eine außerordentlich nützliche Aufklärung geben kann.

Ein 18jähriges Mädchen klagt über Schmerzen in ihrer rechten Wanderniere. Sie folgt dem Rat ihres Arztes und reist nach Budapest, wo die Fixirung ihrer Wanderniere ausgeführt werden soll. Die rechte Niere ist faustgroß, druckempfindlich und sehr beweglich. Ihr Harn ist absolut normal. Ebenso wenig ist etwas Krankhaftes an ihren Organen, ihre rechte Niere abgerechnet, zu entdecken. Die Annahme einer Hydronephrose in einer beweglichen Niere scheint nicht ausgeschlossen zu sein.

Während der klinischen Beobachtung wurden jedoch abendliche subfebrile Temperaturen festgestellt. Da nichts Anderes gefunden werden konnte, woraus sich eine einigermaßen wahrscheinliche Erklärung dieses Verhaltens ergeben hätte, glaubte ich annehmen zu können, daß dessen Grund in der rechten Niere zu suchen sei. Der Vater der Patientin ist an Lungenschwindsucht zu Grunde gegangen. Die Temperaturschwankungen und die hereditäre Belastung schienen der Diagnose „Nierentuberculose“ eine, wenn auch sehr unsichere Stütze zu verleihen. Da der Harn der Patientin absolut normal war, blieb für die Sicherung der Diagnose nichts Anderes übrig, als eine diagnostische Tuberculininjection. Diese wurde gemacht. Der Erfolg war eine sehr ausgeprägte locale und allgemeine Reaction. Die rechte Niere

wurde sehr schmerzhaft, und die Temperatur erreichte 40°. Nach diesem Erfolg konnte an der Richtigkeit der Diagnose Nierentuberculose nicht mehr gezweifelt werden.

Es blieb noch übrig, von der linken Niere soviel zu erfahren, als überhaupt möglich ist. Es war unwahrscheinlich, daß eine erheblich vergrößerte tuberculöse Niere ein normales Secret liefern könne. Da der Harn normal war, stammte derselbe wahrscheinlich ausschließlich von der linken Niere ab, und es mußte angenommen werden, daß die rechte Niere in eine geschlossene Pyonephrose verwandelt sei. Die Gefrierpunktserniedrigung des Harns betrug 1,77°. Folglich stammte der Harn aus einer Niere, welche eine bedeutende osmotische Arbeit zu leisten im Stande war. Die Menge des durch 24 Stunden gesammelten Harns betrug 1500 ccm. Die beträchtliche Gefrierpunktserniedrigung bei dieser Harnmenge bewies, daß die linke Niere täglich eine Zahl von festen Moleculen secernire, welche die mittlere Zahl beim gesunden Menschen übertrifft. Die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes erreichte den für normal geltenden Wert von 0,57°. Folglich war die linke Niere allein im Stande, den Bedürfnissen des Stoffwechsels so weit zu entsprechen, daß es zu keiner nachweisbaren Retention von festen Moleculen kam. Nach diesen günstigen Erfahrungen, zu welchen auch das Fehlen einer localen Tuberculinreaction von Seiten der Blase, des linken Ureters und der linken Niere gerechnet werden mußte, war gar kein Grund vorhanden, an dem günstigen Ausfall einer Nephrectomie zu zweifeln.[4])

Aus den mitgeteilten Fällen folgt, daß die diagnostische Verwendung des Tuberculins bei der Nierentuberculose von außerordentlicher Bedeutung ist. Sie verdient in allen Fällen versucht zu werden, wo Nierenschmerzen (auch Nierenblutungen) unklaren Ursprungs bestehen. Bei der heutigen wunderbaren Entwicklung der Nierenchirurgie ist die Diagnose der Nierentuberculose so sicher und so früh zu stellen, wie nur möglich ist. In vielen Fällen kann dieses Ziel einzig und allein nur durch eine diagnostische Tuberculininjection erreicht werden. Wie mein erster Fall beweist, kann die locale Reaction gelegentlich auch den Zustand der anderen Niere aufklären.

---

[4]) Die Operation wurde vor einigen Tagen durch Prof. Dollinger ausgeführt. Jeder Punkt unserer Diagnose wurde bestätigt.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Martin Friedländer: **Die Krankheiten der männlichen Harnorgane.** (Vorlesungen über Diagnostik und Therapie für Aerzte und Studirende. Verlag von Louis Marcus.)

Wenn dem Urologen ein Buch wie das Friedländer's zum Referat vorliegt, dann muß er am besten den Standpunkt derer einnehmen, für die es bestimmt ist. Friedländer lag es fern, ein neues urologisches Specialwerk zu schreiben, deren giebt es gute und beste in drei Sprachen; ihm lag nur daran, das, was er für gut und wissenswert aus der Urologie hielt, für seine Cursisten in Lassar's Klinik niederzulegen. Diesem Zweck entspricht die knappe Fassung der Arbeit und ihre Anlage in 13 Vorlesungen. Vor Allem erfüllt das Buch den Zweck seiner Abfassung, mit Text und Bild dem nunmehr auf sich angewiesenen Diagnostiker und Therapeuten zu Hilfe zu kommen, ihm die Ausführung der täglichen Technik in's Gedächtnis zu rufen und ihm den urologischen Arzneischatz und die Untersuchungsarten gegenwärtig zu halten. Das Buch ist mit 80 zum Teil ganzseitigen recht gut gelungenen Holzschnitten illustrirt. Merzbach.

Dr. Weber: **Beitrag zur Tuberculose des Urogenital-Apparates.** (Vortrag im wissenschaftl. Verein der Aerzte zu Stettin. Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 2.)

Der 31jährige Patient ist vor sieben Jahren mit Blasenbeschwerden erkrankt; er war in letzter Zeit sehr heruntergekommen und litt an Ischurie. Die Harnröhre erwies sich selbst für die feinsten Bougies als undurchgängig, und zwar auffallender Weise gleich vom Orificium externum an. Bei der vorgenommenen Boutonniere ließ sich die Urethra mit einiger Gewalt dehnen. Die Wandung der in ihrem ganzen Verlauf schwielig verdickten Harnröhre war, wie die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens ergab, tuberculös verändert. Von der Boutonnierenwunde aus gelangte der Finger in eine wallnußgroße, der Prostata angehörende Zerfallshöhle, dahinter in die Blase; jedoch entleerte der eingeführte Katheter nur wenig Urin. Tod acht Tage nach der Operation.

Bei der Section zeigte sich die Substanz der rechten Niere vollständig in eine trockene Käsemasse verwandelt; der rechte Ureter ist im oberen Teil obliterirt. Blase und Prostata sind derart zerstört, daß ihre genaue Präparation nur mangelhaft gelingt. Das Blasenlumen hat nur die Größe einer Haselnuß. Die linke Niere befindet sich im Stadium einer frischen Pyelitis und Pyelonephritis. Allem Anschein nach hat die Tuberculose hier vor sieben Jahren in der rechten Niere begonnen, und bei rechtzeitiger Stellung der Diagnose hätte vielleicht durch eine Nephrectomie damals die Weiterverbreitung verhindert werden können. Lubowski.

W. Watson Cheyne (London): **The Harveian Lectures on the Surgical Treatment of Tuberculous Diseases. Lecture III: Genito-urinary tuberculosis.** (The British Medical Journal, 30. December 1899.)

Die Tuberculose kann „primär“ und „secundär“ alle Organe des Genitourinaltractus ergreifen, sie kann „descendirend“, d. i. von den Nieren nach abwärts, oder „ascendirend“ verlaufen, oder sie kann gleichzeitig an zwei verschiedenen Stellen zum Ausbruch kommen. Als hauptsächlich disponirende Ursache wird allgemein die Gonorrhoe angesehen; es ist sehr zweifelhaft, daß die Tuberkelbacillen von der Urethra aus eindringen. Schuchardt fand Tuberkelbacillen in einigen Fällen von Gonorrhoe, in einem solchen traten nach Verschwinden der Gonokokken Tuberkelbacillen im Secret auf, so daß S. einen tuberculösen Oberflächencatarrh als eine neue Form primärer Erkrankung der Schleimhaut annimmt. Sonst ist Tuberculose der Urethra äußerst selten, bei tuberculöser Erkrankung der Prostata oder der Blase trifft man secundär bisweilen eine solche an.

I. Tuberculose des Nebenhodens.

Bei Erwachsenen nimmt die Tuberculose ihren Ausgang meist vom Nebenhoden. In fast allen Fällen ist sie bilateral. Am häufigsten kommt die Infection wohl auf dem Blut- oder Lymphwege zu Stande, sonst steigt

sie von den Blut- und Lymphgefäßen der Harnwege oder vom Peritoneum nach abwärts herab; letzteren Weg nimmt sie mit Vorliebe bei Kindern bei Tuberculose des Peritoneums und der Mesenterialdrüsen längs des Processus vaginalis, in Folge dessen auch dann die Tunica vaginalis und der Hoden zuerst ergriffen werden. Eine acute Tuberculose des Hodens und Nebenhodens kommt bei allgemeiner acuter Tuberculose vor, oder die Tuberculose kann auf diese Organe beschränkt sein. In letzterem Fall unterscheiden wir eine acute, seltene Form, die meist im Testikel beginnt, und eine gewöhnliche, mehr chronische Form, die gewöhnlich im Nebenhoden ihren Anfangssitz hat. Die erstere führt rasch zur Zerstörung des Hodens und Nebenhodens, bei der letzteren findet man öfter auch käsige Herde im Vas deferens. Nur im frühesten Stadium ist sie auf den Nebenhoden beschränkt; welcher Teil desselben zuerst ergriffen wird, ist noch strittig; bald greift sie auf den Hoden, zunächst des Corpus Highmori über, dann kommt das Vas deferens, die Samenblasen und zuletzt die Prostata an die Reihe. Was nun die Behandlung betrifft, so wird man in den sehr chronisch verlaufenden Fällen, oder wenn bereits andere Organe unseres Systems ergriffen sind, von einer Operation absehen; hygienische Maßregeln neben medicamentösen antituberculösen Mitteln wird man in Anwendung ziehen. Sonst kommen partielle oder radicale operative Maßnahmen in Frage, d. i. Excochleation und Epididymectomie bezw. Castration. Die erstere ist nur anzuraten, wenn sie gründlich unter völliger Freilegung der kranken Teile vorgenommen wird, natürlich muß die Erkrankung sich noch in frühester Phase ihrer Entwicklung befinden; die Grenzzone des Entzündungsherdes soll abgekappt mit unverdünnter Carbolsäure nachgeätzt und mit Jodoformgaze tamponirt werden. Für gewöhnlich kommen die Castration oder die Epididymectomie in Betracht; die letztere (Methode nach Bardenheuer) wird genau beschrieben. Am wirksamsten ist die Castration combinirt mit möglichst hoher Reaction des Vas deferens. Bei acuter Tuberculose des Hodens und des Nebenhodens und bei großer Schmerzhaftigkeit soll sie unbedingt vorgenommen werden. Da meist früher oder später auch die andere Seite ergriffen zu werden pflegt, so muß man sich wohl überlegen, ob man bei noch einseitiger Erkrankung castriren soll; denn die späteren Chancen für eine zweite Castration sind wegen der Folgeerscheinungen doppelseitiger Castration (Psychose, Suicidium) keine günstigen; auch haben künstliche Ersatzmittel entfernter Hoden diese üblen Consequenzen noch nicht beseitigen können. Auch der Fortfall der „inneren Secretion“ übt einen schlechten Einfluß auf die Gesundheit der Castrirten aus; ferner ist die Widerstandskraft solcher Individuen gegen die Tuberculose und andere Infectionskrankheiten, wie man aus Versuchen an Hunden schließen kann, geschwächt. Alle diese Einwendungen fallen bei der Epididymectomie fort. Die Wunde heilt meist gut, selten bleibt eine Fistel zurück. Die geschlechtlichen Functionen stellen sich bald in verstärktem Maße wieder ein (Vorzug?), die Erkrankung der Samenblasen und Prostata kommt häufig zum Stillstand. Allerdings wird durch diese Operation häufig nicht alles Kranke entfernt,

Herde in dem Hoden können zurückbleiben; doch können diese isolirt später in Angriff genommen werden, selbst eine Castration, allerdings dann erst, wenn sie absolut nötig ist, kann vorgenommen werden. Necrose des Hodens in Folge unbeachteter Ausschaltung seiner Gefäße ist selten. Mit richtiger Auswahl ist daher diese Operation mehr zu empfehlen; völliges Ergriffensein des Hodens, centrale Herde im Hoden, vorgerücktere Erkrankung der Samenblasen und der Prostata oder des Harnsystems oder der Lunge geben allerdings der Castration den Vorzug.

II. Tuberculose der Prostata.

So lange keine Abscedirung eingetreten ist, kann man sich auf palliative Maßnahmen, wie Ruhe, hygienische und diätetische Vorschriften, interne und locale Application von Antiseptica etc. beschränken. Injectionen von Jodoform, Chlorzink in die Drüsensubstanz, wie sie von Frankreich aus empfohlen sind, können, weil unsicher und ungenügend in der Wirkung, nicht empfohlen werden. Abscesse erheischen wegen der Gefahr des Durchbruchs nach der Urethra, dem Mastdarm oder dem Perineum chirurgische Intervention. Am besten Schnitt vom Damm aus parallel dem Mastdarm, oberhalb des M. levator ani gelangt man in die Absceßhöhle; gründliche Ausschabung, Jodoformgazetamponade. Selbst wenn dann der Absceß bereits in die Urethra durchgebrochen ist, soll man diese Operation noch vornehmen; nach vollendetem Durchbruch in's Rectum soll man nach Erweiterung der Durchbruchsöffnung vom Mastdarm aus ausschaben. Meist tritt unter entsprechender Nachbehandlung Heilung ein.

III. Tuberculose der Harnblase.

Weder die chirurgische noch medicamentöse Behandlung der Blasentuberculose verspricht von vornherein Heilung. Erleichterung bringt oft schon eine auf den modernen Principien der Tuberculosebehandlung aufgebaute Hygiene. Warme Soolbäder, Senfteig auf die Blasengegend, Klysmen von heißem Wasser schaffen in acuten Fällen Linderung. Vorwiegende Milchdiät, Leberthran, Arsen, Creosot, schmerzstillende Mittel kommen bisweilen mit Erfolg in Anwendung. Zur localen Behandlung sind Auswaschungen der Blase mit 3—4proc. Borsäurelösung, Einspritzung von Jodoformglycerin, auch Jodoformvaselin empfohlen; Argentum nitric. verschlechtert meist den Zustand. Instillationen von schwacher Sublimatlösung ($^1/_{5000}$—$^1/_{1000}$) sind mitunter sehr wirksam. Innerlich ist Benzoesäure, Jodoform etc. zu versuchen. Am meisten Erfolg verspricht die chirurgische Behandlung bei primärer Tuberculose der Blase; die Eröffnung und Drainage derselben bedingt schon durch die Ruhigstellung eine gewisse Linderung; außerdem muß man aber durch Ausschneiden, Excochleation und folgende Cauterisirung das kranke Gewebe zu zerstören suchen. Die Drainage erfolgt von dem Einschnitt oberhalb der Symphyse mittels eines Dauerkatheters; derselbe muß so liegen, daß kein Urin durch die Urethra gelassen zu werden braucht, wozu eine Erhöhung des Fußendes des Bettes beiträgt. Alle 4 bis 5 Tage wird der Katheter gereinigt, zweimal täglich wird die Blase mit 3proc. warmer Borsäurelösung ausgewaschen und ab und zu Jodoform-

glycerin applicirt. Wenigstens sechs Wochen bis zur Beseitigung der Cystitis muß dies Verfahren fortgesetzt werden. Von fünf Fällen hat Verf. einmal völlige Heilung, in vier Fällen Besserung erzielt, dasselbe Verhältnis zeigen größere Statistiken.

IV. Tuberculose der Niere.

Von chirurgischen Interventionen bei Nierentuberculose kommt die Nephrotomie und Drainage der Niere durch Lumbalschnitt nur in Betracht bei schlechtem Allgemeinzustand des Kranken und raschem Umsichgreifen des Processes, so bei perinephritischen Abscessen und bei zweifelhafter Integrität der anderen Niere; meist ist sie nur eine einleitende Operation, der später doch die Nephrectomie folgt. Früher war sie fast die einzige Nierenoperation; meist hindert sie aber das Fortschreiten des Processes, die Infection der unteren Harnwege nicht, schafft auch dem Kranken in Folge der Fistel wenig Vorteile und ist daher jetzt bis auf obige Ausnahmen verlassen. Was die Nephrectomie anlangt, so soll man sich zuvor von der Intactheit der anderen Niere und der Blase (da häufig secundär erkrankt, unnötig!) überzeugen. Erstere kann nach Verf. bei Frauen durch Katheterisirung des betreffenden Ureters leicht festgestellt werden; „bei Männern ist die Procedur so schwierig, daß ich zweifele, ob, selbst bei geschicktester Handhabung, völliger Verlaß auf das Resultat zu legen ist.“ (!!) Die Palpation beider Nieren nach Eröffnung des Abdomens in der Mittellinie ist eine sehr unzuverlässige Methode, da sie keinerlei Aufschluß über die Gesundheit einer Niere zu geben vermag und zu Täuschungen veranlaßt. Die Incision der scheinbar gesunden Niere nach Feststellung der Erkrankung der anderen läßt isolirte Herde im Anfangsstadium oft übersehen, ganz abgesehen von der Größe des Eingriffes; jedoch ist sie nach Verf. die beste Methode, wenn man sonst zu keinem Resultat betreffs der Gesundheit der anderen Niere kommen kann. Bisweilen muß man aber, auch ohne letztere Erkenntnis erlangt zu haben, die Nephrectomie bei völlig zerstörter Niere und schwerem Leiden des Kranken vornehmen, selbst auf die Gefahr einer reflectorischen Anurie hin, um das Leben zu verlängern. Indicirt ist die Nephrectomie im Uebrigen bei einseitigem Sitz der Erkrankung, der Gesundheit der anderen Organe und bei schwerer Hämaturie; contraindicirt ist sie bei sehr schlechtem Allgemeinbefinden, bei Tuberculose auch der zweiten Niere oder eines anderen Organs. Sie giebt die besten Resultate von allen Operationen; oft muß man die Niere in Folge von Verwachsungen stückweise exstirpiren. Mehr oder weniger vom Ureter wird immer mit entfernt werden müssen. Partielle Nephrectomie giebt nur im Frühstadium der Erkrankung gute Resultate; die erkrankten Partien werden weggeschnitten oder ausgekratzt, die Höhlen austamponirt, das Nierenbecken drainirt. Wie heute die Dinge stehen, kann man sich oft erst während der Operation zu dem einen oder anderen Verfahren entschließen, ob man die Niere im Ganzen oder nur Teile derselben entfernen, ob man sich mit der einfachen Nephrotomie begnügen oder eine Auskratzung mit ihr verbinden soll. Im Großen und Ganzen erzielt die Nephrectomie die besten Erfolge. **Blanck** (Potsdam).

Lavaux: **Pronostic et traitement chirurgical de l'hématurie.** (Congr. franç. de chir. 1899. Revue de chir. 1899, XI, 604.)

Nach Beiträgen zur Casuistik der Hämaturie kommt L. zu folgenden Leitsätzen: Die spontane Hämaturie ist eine Abart der selten tötlichen Hämorrhagie. Die in den letzten Jahren diesem Satze widersprechenden Veröffentlichungen haben nicht den ihnen zugeteilten Wert. Die Prognose der Hämaturie hängt von der Ursache derselben ab. Die Hämaturie ist im Allgemeinen keine Anzeige zur Operation; nur in manchen Fällen von Nierengeschwülsten und gestielten oder breit aufsitzenden Blasentumoren soll man operiren. Bei dem infiltrirenden Carcinom der Blase ist eine verständig behandelte Hämaturie fast nie von Erheblichkeit. Der Beweis ist noch nicht erbracht, daß eine Hämaturie in Folge Tuberculose der Harnwege allein einen chirurgischen Eingriff benötigen kann. Bei der sogen. essentiellen Hämaturie ist jede Operation formell contraindicirt. Eine sachgemäße chirurgische Behandlung der Hämaturie kann erst nach einer völligen und exacten Diagnose eingeleitet werden. Bei Hämaturie in Folge einer Blasenverletzung können sehr heiße, antiseptische Blaseneinspritzungen (z. B. gesättigte Borsäurelösung) gute Dienste leisten. Mankiewicz.

Willy Meyer (New-York): **The Operating Cystoskope of Nitze and Casper.** (Referat über Vortrag in der New York Academy of Medicine. Medical Record, 30. December 1899.)

Idem: **Freudenberg's Modification of Bottini's Prostatic Cauterisator.**

Im Anschluß an die Demonstration der Operationscystoskope von Nitze und Casper bespricht Meyer die Anwendungsweise und Vorzüge derselben. Die von Nitze 1896 veröffentlichten 30 Fälle von Blasentumoren, die glücklich mit dem Instrument entfernt wurden, hält M. in Bezug auf völlige Genesung nicht für einwandsfrei, da sie ein, höchstens zwei Jahre nachher beobachtet wurden; er glaubt, daß in einigen dieser Fälle Recidive maligner Natur später zum Vorschein kommen könnten. Am meisten empfehlenswert ist die Cystoskopie im Anschluß an die Litholapaxie, um etwa zurückbleibende Steinfragmente zu erkennen.

Meyer demonstrirt gleichzeitig das von Freudenberg modificirte ottini'sche Instrument. Er hat die Operation 28mal an 23 Patienten ausgeführt und giebt ihr den Vorzug vor der Prostatectomie schon aus dem Grunde, weil die Patienten sich ihr eher unterziehen und man die Kranken in einem früheren Stadium ihres Leidens in Behandlung bekomme.

In der Discussion spricht sich L. Bolton Bangs anerkennend über das Nitze'sche Operationscystoskop aus, teilt aber mit Meyer die Ansicht, daß die anfänglich als gutartig imponirenden Blasentumoren später maligne werden können und hält deshalb die breite, gründliche Entfernung der Geschwülste auf operativem Wege für die beste. In Betreff der Bottini'schen Operation hält er eine Auswahl der Fälle für erforderlich; bei der weichen

Form der Prostatahypertrophie, bei der die Drüsenelemente prävaliren, scheint die Operation den Erfolg zu garantiren. Entschieden gegen die Bottini'sche Operation spricht sich Samuel Alexander aus, trotzdem sein Urteil auf nur einem selbst und mehreren von anderen Chirurgen operirten Fällen basirt; die Retention in seinem Falle recidivirte nach anfänglicher Besserung nach vier Wochen. In der temporären Besserung der Retentionssymptome sieht er das einzig Gute, was für die Bottini'sche Operation spricht. Auch vom theoretischen Standpunkte verdient sie nicht den Namen „Radicaloperation der Prostatahypertrophie", da eine solche das mechanische Hindernis entfernen, die venöse Stase beseitigen, die Insertion des Blasenmuskels an die Prostata auf möglichst normale Verhältnisse zurückführen und die Blase durch Drainage von ihrer Congestion und Entzündung heilen müsse. Diesen Forderungen genügt eben die Bottini'sche Operation nicht, wohl aber die Prostatectomie. Die pathologisch-anatomischen Kenntnisse von dem Wesen der Prostatahypertrophie dürften einen solchen Enthusiasmus für eine mit Unrecht allzu sehr empfohlene Operation wie die Bottini'sche nicht aufkommen lassen. In Bezug auf die Technik der perinealen Prostatectomie empfiehlt sich meist, zugleich eine suprapubische Oeffnung der Blase vorzunehmen. Doch ist ihm die Operation in zwei Fällen auch ohne letzteres geglückt. Er bevorzugt den perinealen Längsschnitt und beschreibt des Weiteren genau sein Operationsverfahren. Auch W. K. Otis, der keine eigenen Erfahrungen über die Bottini'sche Operation hat, spricht sich gegen dieselbe aus. Eine eventuelle Hämorrhagie, die Neigung zu Recidiven, die Möglichkeit, daß zurückbleibende Geschwulstfetzen die Kerne von Blasensteinen abgeben könnten, das sind Bedenken, die er gegen die Anwendung des Operationscystoskops ausspricht. Mit dem Ureterenkatheterismus sei wohl die Grenze chirurgischer Maßnahmen innerhalb der Blase erreicht. In seinem Schlußwort betont Meyer, daß Nitze sein Instrument auch nur für gutartige Blasentumoren empfehle. Auch er halte die Bottini'sche Methode nicht für jeden Fall geeignet; trotzdem hätten seine Erfolge, die lange Beobachtungsdauer der operirten Fälle seitens Bottini selbst (ca. 20 Jahre) ihn davon überzeugt, daß man sie nicht einfach übergehen, sondern sein Urteil erst auf Grund vorurteilsloser und ausreichender Versuche aussprechen dürfe.
Blanck (Potsdam).

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Edwin G. Klein (Willard N. Y.): **Examinations of the urine in epilepsy.** (The New York Medical Journal, 30. December 1899.)

Verfasser untersuchte den Urin von Epileptischen kurz d. i. im Mittel $1^1/_2$ Stunde nach einem Anfall, in der anfallsfreien Zeit und unter einer vorwiegend aus stärke- und zuckerhaltigen Nährstoffen bestehenden Diät. Kurz

nach dem Anfall fand sich Eiweiß in 15 von 23 Fällen; die Proben wurden auf vier verschiedene Weisen (Koch-Probe, Heller'sche Probe, Probe mit dem Roberts'schen und Spiegler'schen Reagens) angestellt. Nur in einem Fall von chronischer Nephritis ließ sich Eiweiß durch die ersten beiden Proben nachweisen, das Spiegler'sche Reagens versagte niemals in allen 15 Fällen. Da es sich nur um Spuren von Eiweiß handelte, dürfte ihnen keine Bedeutung beizumessen sein, es dürfte sich um physiologische Albuminurie handeln, wie man sie nach großen Muskelanstrengungen zu finden pflegt; immerhin bedarf sie noch exacter Forschung nach ihrer Grundursache. In drei Fällen wurde Albumose gefunden, vielleicht ein Beweis gestörten Stoffwechsels. Chloride ließen sich sehr reichlich in 14 Fällen nachweisen. Zucker war nie vorhanden; jeder Untersuchung auf Zucker ging eine Filtration des Urins durch tierische Kohle voraus, die die Resultate mit Nylander-scher und Fehling'scher Probe (modificirt nach Worm-Müller) exacter macht. In der anfallsfreien Zeit, d. i. in einem langdauernden Intervall zwischen epileptischen Attaken zeigte der Urin nichts Abnormes. In den Versuchen mit vorwiegend zuckerhaltiger Nahrung fand sich Zucker nur in Spuren bei zwei Patienten nach lange fortgesetzter (5—7 Unzen Rohrzucker pro die Tage lang) Diät. Doch fand eine Steigerung der ausgeschiedenen Zuckermenge auch nach eine Woche lang fortgesetzten Versuchen nicht statt; trotzdem dürfte auch diese Glycosurie, die größer ausfallen würde, wären nicht die Verdauung und der Stoffwechsel bei Epileptikern verlangsamt, größer erscheinen als bei ganz gesunden Personen. Jedenfalls aber ist die Epilepsie kein wesentlich ätiologischer Factor des Diabetes mellitus.

Blanck (Potsdam).

L. Napoleon Boston (Philadelphia): **How to Preserve as permanent Specimens Casts Found in Urine.** (The New York Medical Journal, 4. November 1899.)

Die Anfertigung von Dauerpräparaten von Harncylindern hat mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen, die Verf. durch folgende bewährte Methode beseitigt haben will. Eine Tafel mikroskopischer Bilder von auf die Art conservirter Harncylinder illustrirt die Brauchbarkeit des Verfahrens. Die Conservirungsflüssigkeit hat folgende Zusammensetzung:

Liquor acid. arsenicosi (U. S. P.) .	1 fluid ounce
Acid. salicylic.	$^1/_2$ grain
Glycerin	2 fluid drachms.

Nachdem unter leichter Erwärmung Lösung eingetreten ist, setze hinzu: Acacia (whole tears) und erwärme bis zur Sättigung der Lösung; später gieße die klare, oben sich befindende Flüssigkeit ab und füge einen Tropfen 40proc. Formalins zu der Mixtur hinzu. — Der Gang des Verfahrens ist dann folgender: Der Urin wird zur Hälfte in eine saubere Flasche gefüllt; dicht verschlossen wird diese an einem kühlen Ort bis zum Absetzen eines Niederschlages aufbewahrt. Zu dem Präcipitat wird nach Abgießen des überstehenden Urins eine gleiche Quantität destillirten Wassers zugegossen

und dann die abermalige Sedimentirung abgewartet. Ein paar Tropfen Chloroform machen diesen Urin auf Tage haltbar. Eine Probe des Sediments bringt man auf einem Objectträger unter das Mikroskop und läßt sie bei Anwesenheit von Cylindern fast ganz austrocknen; dann bringt man in die Mitte des Tropfens einen Tropfen der oben bezeichneten Flüssigkeit und mischt beide, indem man eine feine Nadel vom äußeren Rande des Urins zur Mitte des Mediums zieht. Bedecken mit einem Deckglas, ohne Luftblasen hervorzurufen und ohne Anwendung von Druck. Das Präparat wird dann ein paar Stunden kalt aufbewahrt; nach Hartwerden kann noch ein Ring von Zinkweiß um dasselbe gezogen werden.

Blanck (Potsdam).

Edlefsen: **Zum Nachweis des Phenetidins im Harn.** (Centralblatt für innere Medicin 1900, No. 1.)

Man kocht eine Portion des Harns mit etwa $^1/_4$ Volumen concentrirter Salzsäure 2—3 Minuten lang und läßt sie erkalten. Zu der abgekühlten Flüssigkeit fügt man je nach ihrer Menge 2—3 Tropfen 1proc. Natriumnitritlösung hinzu und schüttelt. Die Hälfte dieser Mischung versetzt man darauf mit 1—2 Tropfen alkoholischer (4—5proc.) a-Naphthollösung 4 und macht sie mit Natronlauge alkalisch: Es tritt bei Gegenwart von Phenetidin eine trotz der schon durch das Kochen mit HCl entstandenen Verfärbung des Harns deutlich erkennbare, rein rote Färbung ein, die beim Ansäuern mit HCl schön dunkel-kirschrot wird. Die zweite Hälfte der Mischung kann man mit 1—2 ccm 3proc. Carbolwassers versetzen und wieder mit Natronlauge alkalisch machen: Es tritt Gelbfärbung ein, die beim Ansäuern mit HCl in eine blaßrote übergeht. Die a-Naphtholprobe scheint jedoch wegen der größeren Färbungsintensität, die namentlich nach dem Ansäuern hervortritt, bei Weitem zuverlässiger zu sein. Lubowski.

Prof. Senator: **Die Beziehungen zwischen Unfall und Diabetes.** (Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900, No. 1.)

Zu den Ursachen des Diabetes gehören nicht blos körperliche Verletzungen oder Erschütterungen, die traumatischen Vorgänge im engeren Sinne, sondern auch die plötzlichen und erschütternden Einwirkungen auf die höheren Functionen des Nervensystems und das Seelenleben, welche auch als „psychisches Trauma“ bezeichnet werden. Abgesehen von Verletzungen des verlängerten Marks (Zuckerstich), vermögen auch Schädigungen anderer Teile des Nervensystems, namentlich der sympathischen Ganglien und des Halsmarks, Diabetes oder wenigstens Glycosurie hervorzurufen. Andere Organe, deren Schädigung für die Entstehung eines Diabetes, und zwar nur Diabetes mellitus, in Betracht kommen können, sind das Pancreas und die Leber, obgleich die Rolle, welche sie hierbei spielen, noch nicht vollständig aufgeklärt ist.

Der Hergang bei der Entstehung eines traumatischen Diabetes kann in zweierlei Weise stattfinden: einmal kann bei einer, wenn auch entfernt

von den betreffenden Organen einwirkenden Gewalt eine heftige Erschütterung des ganzen Körpers stattfinden, welche auch ohne große Verletzung und ohne äußerlich sichtbare Spuren eine mehr oder weniger große Störung dieser Organe hervorruft. Sodann aber ist die bei schweren Unfallen so gewöhnliche Einwirkung auf das Nervensystem und das Seelenleben von Bedeutung. Durch die klinische Beobachtung ist hinreichend sichergestellt, daß nicht nur durch heftige Gemütsbewegungen, Schreck, Angst, Zorn, tiefen Kummer, ein schon bestehender Diabetes verschlimmert, sondern nicht selten Diabetes erst veranlaßt wird, allerdings bei einer schon ererbten oder erworbenen Disposition. Und zwar kann diese Disposition auch durch neuropathische Belastung oder durch gewisse Krankheiten (Gicht, Fettleibigkeit) gegeben sein. Der psychische Affect löst den Diabetes aus. Da nun mit einem schweren körperlichen Trauma der Regel nach auch eine mehr oder weniger heftige Gemütsbewegung, zumal Schreck, verbunden ist, so kann, wie man sieht, ein solches Trauma, ein körperlicher Unfall, in doppelter Weise den Diabetes unmittelbar veranlassen, nämlich einmal durch die erwähnte directe oder indirecte Schädigung gewisser, den Zuckerstoffwechsel beherrschenden Organe und sodann durch die psychische Einwirkung. Endlich giebt es höchstwahrscheinlich noch eine dritte, von den genannten Entstehungsweisen etwas abweichende Art, wie sich Diabetes in Folge eines Unfalls entwickeln kann, nämlich durch das Mittelglied einer sog. traumatischen (oder besser Emotions-) Neurose. In diese Rubrik würden solche Fälle gehören, in welchen nach dem Unfall, nach dem somatischen oder psychischen Trauma erst die Neurose ohne Zeichen von Diabetes sich entwickelt und in deren Verlauf alimentäre Glycosurie sich einstellt.

Was die Häufigkeit des eigentlichen „traumatischen Diabetes" betrifft, so gehen die Angaben der Autoren darüber ziemlich weit auseinander; die höchste Zahl giebt Cantani an, der in 10,25 pCt. seiner Fälle ein vorangegangenes Trauma fand. Nach den eigenen Aufzeichnungen des Verf.'s, die sich auf 1090 Fälle von Diabetes mellitus beziehen, ergiebt sich nur in 10, also in wenig über 1,0 pCt. traumatischer Diabetes. In dieser Beziehung, nämlich in Bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens überhaupt und im Zusammenhang mit Unfällen im Besonderen, verhält sich der Diabetes insipidus abweichend, während im Uebrigen für ihn so ziemlich alles, was vom Diabetes mellitus gesagt wurde, ebenfalls gilt. Diabetes insipidus ist nämlich viel seltener als mellitus, wenigstens heutzutage, wo, wie es scheint, der letztere häufiger als früher auftritt oder wenigstens zur Beobachtung kommt.

Lubowski.

Dr. W. Schlesinger: **Zusammenhang zwischen Acromegalie und Diabetes.** (Wiener med. Blätter 1900, No. 7.)

Sch. stellte im Wiener med. Club Fälle vor, welche den Zusammenhang zwischen Acromegalie und Diabetes documentiren. Im ersten Fall stellten sich bei der 34jährigen Patientin Schmerzen in den Händen ein, dann bekam das Gesicht ein verändertes Aussehen, indem die Nase, die

Augenbrauen und der Oberkiefer anfingen zu wachsen. Hände und Füße sind vergrößert, plump und verbreitert. Daneben besteht eine Struma. Die Patientin zeigt eine ausgesprochene alimentäre Glycosurie, indem sie nach Genuß von 100 g Traubenzucker 7 pCt. desselben in $2^1/_2$proc. Lösung durch den Harn ausscheidet. Bei der zweiten Patientin sind zu constatiren: Diabetes, Paraesthesien in den Händen, ein Höcker am Ansatz des Cucullaris, Vorspringen der Tubera frontalia. Unter entsprechender Therapie ist der Zucker aus dem Harn fast vollständig geschwunden. Bei einem dritten, schweren Diabetesfall mit Abmagerung, Schweiß nach Präcordialangst bestehen ebenfalls hochgradige acromegalische Veränderungen. Diabetes und Acromegalie werden häufig zusammen angetroffen, in allen Fällen ist die Acromegalie früher eingetreten, was darauf zu deuten scheint, daß der Diabetes eine Folgeerscheinung derselben ist. Immerwahr (Berlin).

Dr. Bleiweis: **Ueber alimentäre Glycosurie e saccharo bei acuten fieberhaften Infectionskrankheiten.** (Centralbl. f. innere Medicin 1900, No. 2.)

Die alimentäre Glycosurie (e saccharo) bei acuten fieberhaften Infectionskrankheiten hat deswegen besondere Bedeutung, weil auch zwischen Infection und Diabetes mellitus wichtige Beziehungen zu bestehen scheinen. Bemerkenswert ist zunächst der Einfluß, den complicirende acute Infecte auf die Glycosurie der Diabetiker ausüben. Meist setzen bekanntlich dieselben mit der Harnmenge auch die Zuckerausscheidung herab, öfter selbst bis zum Verschwinden der vorher hohen Zuckermengen. In anderen Fällen kommt allerdings auch wieder eine Steigerung der Glycosurie zur Beobachtung, oder es fehlt jeglicher Einfluß des febrilen Infectes auf die Zuckerausscheidung. Jedenfalls bildet bei der Complication des Diabetes mellitus mit acuten febrilen Infecten eine Verminderung der Zuckerausscheidung die Regel. Dem gegenüber ist gerade das Auftreten von Diabetes mellitus nach ansteckenden Krankheiten nicht selten beobachtet worden, so z. B. von Poll, de Campagnolle, Strauss und Wille. Auch Verf. hat in dieser Richtung Versuche angestellt, und zwar an solchen Fiebernden, welche vorher keine Glycosurie aufwiesen. Zur Constatirung dieser Thatsache wurde nicht nur eine einmalige Harnuntersuchung herangezogen, sondern in jedem Fall wiederholt, insbesondere auch der vor Beginn des Versuchs gelassene Morgenharn jedesmal noch auf Freisein von Zucker untersucht. Entsprechend dem Vorschlag Naunyn's hat Verf. in jedem Fall nur 100 g reinen, wasserfreien Traubenzucker verabreicht. Die Versuchsreihe umfaßte im Ganzen 20 Fälle von fieberhaften Erkrankungen, hauptsächlich von Abdominaltyphus und croupöser Lungenentzündung, und lieferte den Beweis, daß die Zuckerausscheidung bei solchen Patienten schon nach Verabreichung von geringen Mengen von Traubenzucker häufig zu erzielen ist und daß dabei sogar auffallend hohe Werte der Zuckerausscheidung beobachtet werden können.

Lubowski.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Dr. Joseph: **Specielle Prophylaxe der Gonorrhoe.** (Deutsche Praxis 1899, No. 23.)

Nach einem Hinweis auf die wohlbekannten Gefahren und auf die enorme Verbreitung der Gonorrhoe bespricht Verf. die bisher zur Verhütung der Gonorrhoe empfohlenen Maßnahmen. Die ersten Versuche Haussmann's gerieten leider in Mißcredit, weil dieser Autor Einspritzungen einer 2proc. Höllensteinlösung in die Harnröhre empfahl und sich danach gar nicht selten eine arteficielle, eitrige Urethritis einstellte. Erst Blokusewski war es vorbehalten, durch einen practischen Vorschlag die weitesten Kreise für diese prophylactischen Versuche zu gewinnen. Die genaueren Vorschriften, deren Beachtung Blokusewski vorschlägt, gipfeln darin, daß möglichst bald, bis $^1/_4$ Stunde nach dem Coitus 2—3 Tropfen einer 2proc. Höllensteinlösung nach voraufgegangenem Uriniren in die Fossa navicularis geträufelt werden. Schon nach kurzer Zeit ($^1/_4$ Minute) kann ein Abspülen mit Wasser erfolgen. Wichtig ist hierbei ein zweckmäßiges Uriniren, wobei durch zeitweiliges Zuhalten der Oeffnung mit dem aufliegenden Finger (nicht durch Zusammendrücken der Oeffnung!) das darin befindliche Secret herausgespült wird. Sollte ein Uriniren nicht möglich sein, so müßte durch Abspülen mit Wasser eine Entfernung dieses Secrets aus der Fossa navicularis bewirkt werden. Sollte die Einträufelung bedeutend später erfolgen oder gar vergessen sein. so wäre eine längere Einwirkung der Lösung ($^1/_2$ Minute) zweckmäßig. Es ist anzunehmen, daß der Schutz im Allgemeinen noch mehrere Stunden nachher eintritt. Damit aber diese Einträufelungen gut gemacht werden, construirte Blokusewski ein leicht in der Tasche zu verbergendes Tropfglas. Die Frage, ob man mit diesem zu einem mäßigen Preise leicht zu beschaffenden Prophylacticum im einschlägigen Fall eine Gonorrhoe verhüten kann, ist schwer zu beantworten. Sicher ist, daß man dem Patienten mit diesen Maßnahmen nach keiner Richtung schadet. Freilich kann man nicht mit absoluter Sicherheit sagen, ob auch alle Patienten dieses Pophylacticum vertragen. Es wäre immerhin möglich, daß bei einigen Patienten durch die Höllensteineinträufelung ein Reiz ausgeübt würde. Daher versuchte Frank weitere prophylactische Schritte mit dem von Neisser als ein ausgezeichnetes Gonorrhoicum empfohlenen reizlosen Protargol. Er konnte durch seine Versuche in der That mit Sicherheit den Beweis erbringen, daß eine fünf Secunden lange Einwirkung von 20proc. Protargol-Glycerinlösung kurze Zeit nach erfolgter Cohabitation einen unbedingten Schutz gegen eine Tripperinfection gewährt. Abgesehen von dem Vorzug völliger Reizlosigkeit, den seine Methode vor den von Blokusewski empfohlenen Höllensteineinträufelungen hat, hält es Frank für einen nicht zu unterschätzenden Vorzug der Protargoleinträufelungen, daß dieselben

nach dem Beischlaf vorgenommen werden können, ohne daß irgend welche Manipulationen vorhergegangen sind. Die Handhabung geschieht ebenfalls mittels eines kleinen portativen, in jeder Apotheke erhältlichen Tropfröhrchens. Die Vornahme der Prophylaxe soll hier gleichfalls in der Weise geschehen, daß nach der Cohabitation 2—3 Tropfen der Lösung in das Orificium gebracht werden, was bei besonderer Vorsicht auch schon vor dem Coitus geschehen kann, aber keinesfalls geschehen muß. Nach den Erfahrungen vieler Autoren, sowie nach einer sehr beweiskräftigen Beobachtung des Verf.'s kann man heute wohl mit einiger Wahrscheinlichkeit sagen, daß in der That eine 20proc. Protargol-Glycerinlösung ein einigermaßen sicheres Prophylacticum gegen die Gonorrhoe ist, und wenn auch vielleicht nicht in jedem Fall die Gonorrhoe durch die Prophylaxe verhütet werden kann, so ist es doch schon von großem Wert, wenn wenigstens in einer Reihe von Fällen dieses Schutzmittel von Wirksamkeit ist. Jedenfalls hätten die Aerzte die Verpflichtung, nach jeder Richtung sich um die weitere Verbreitung dieses Prophylacticums zu bemühen. Finden aber die in der allgemeinen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten empfohlenen Maßnahmen Anklang, so wäre es ein Leichtes, gerade in Bordellen oder auch bei frei wohnenden Prostituirten solche Protargolschutztropfen zum Gebrauch im Verkauf stets vorrätig zu halten. Aber noch mehr, man müßte die Prostituirten dazu anleiten, daß sie vor jeder Cohabitation eine Protargolausspülung vornehmen sollen, und jeder Besucher müßte es durchsetzen, daß diese Ausspülung vor der Cohabitation vorgenommen würde.

Weniger günstig denkt Verf. über die abortive Therapie der Gonorrhoe. Zwar leistet das Protargol in vielen Fällen recht gute Dienste, aber ein absolutes Specificum ist es nicht. Nach den Erfahrungen des Verfassers scheint dem Protargol mithin nur eine Wirkung bei den abortiv oder recht frühzeitig zur Behandlung kommenden Fällen innezuwohnen. Er combinirt es alsdann stets mit einem Adstringens und verordnet außer der Protargollösung (1 : 200) noch die bekannte Ricord'sche Lösung (Zinci sulf., Plumbi acet. ana 1,0, Aq. dest. ad 200,0). Er läßt zum Zweck der von Neisser vorgeschlagenen prolongirten Injectionen das Protargol Morgens und Abends, die Ricord'sche Lösung zweimal im Laufe des Tages anwenden. Nachdem der Patient urinirt hat, spritzt er sich mit seiner 10 ccm haltenden Spritze die Harnröhre mit lauwarmem Wasser aus, injicirt dann das Protargol, legt sich zu Bett und hält möglichst eine halbe Stunde lang die Lösung in der Harnröhre, während er bei Tage nach vorherigem Umschütteln die Ricord'sche Lösung nur 5—10 Minuten lang in der Harnröhre läßt.

Es muß also das Bestreben der Aerzte sein, die Patienten daran zu gewöhnen, daß sie bei einem nach ihren subjectiven Symptomen vermuteten Tripper möglichst frühzeitig zum Arzt kommen, um dann sofort in dieser energischen Weise behandelt zu werden. Hier, wie auf allen Gebieten der venerischen Erkrankungen, muß die Aufklärung noch mehr in das große Publikum hineingetragen werden. Es ist vor Allem anzustreben, daß alle

Kassen ihren Mitgliedern im Falle der Arbeitsunfähigkeit Krankenunterstützung auch bei venerischen Affectionen gewähren. Daneben muß aber eine in die weitesten Volksschichten zu tragende Belehrung über das Wesen und die Prophylaxe der venerischen Krankheiten stattfinden. Nach dieser Richtung haben Zadek und Blaschko einige Belehrungen in diesem Sinne verfaßt. Verf. glaubt aber, daß die hierin enthaltenen Vorschriften zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten etwas zu weit ausgedehnt sind und daher vielleicht nicht so viel gelesen werden, als es dem Zweck dieser Bestrebungen entsprechen soll. Er schlägt in Folge dessen vor, solche Belehrungen ganz kurz in folgender Form zusammenzufassen:

1. Der außereheliche geschlechtliche Verkehr mit eingeschriebenen oder nicht eingeschriebenen Prostituirten ist selten ungefährlich. Denn da die meisten dieser Personen oder fast alle an Tripper resp. Syphilis erkrankt sind, so besteht die größte Wahrscheinlichkeit, daß der Besucher derselben ebenfalls geschlechtskrank wird.

2. Setzt man sich aber doch der Gefahr dieses Verkehrs aus, so ist Einfetten des Gliedes und vor Allem der Gebrauch eines Condoms, sowie gründliche Reinigung nach dem Geschlechtsverkehr zu empfehlen.

3. Sobald aber Jemand auch nur die leiseste krankhafte Veränderung an seinem Körper bemerkt, so wende er sich sofort an einen Arzt, welcher heutzutage gerade bei frühestem Erkennen der Krankheit sehr viel zu ihrer Heilung beitragen kann. Kurpfuscher jeder Art schaden oft sehr bedeutend, vor ihnen ist auf das Dringendste zu warnen. Lubowski.

Dr. Chrzelitzer: **Ueber die Behandlung der Epididymitis gonorrhoica.** (Therapeutische Monatshefte 1900, No. 2.)

Diejenigen Factoren, welche die wichtigsten Momente der Tripperbehandlung bilden, sind gleichzeitig die beachtungswertesten prophylactischen Maßregeln zur Verhütung der Epididymitis mit ihren schweren Folgeerscheinungen. Diese Factoren sind: Sachgemäße Anwendung der Injectionen, Ueberwachung der Bewegung der Tripperkranken und sorgfältige Auswahl des Suspensoriums. Am besten eignet sich das sog. Teufel'sche Suspensorium, welches sich durch eine Klappe auszeichnet, in welcher das Glied sich immer in ruhiger Lage befindet, und außerdem das Beschmutzen der Wäsche verhindert. Bei jedem Besuche des Tripperkranken sind die Hoden zu untersuchen, um dadurch bei etwaiger Empfindlichkeit oder bei der geringsten Klage über ziehendes Gefühl resp. über Stichsymptome, die gewöhnlich auf eine beginnende Hodenentzündung hinweisen, sofortige Anordnung zu treffen, ohne daß die Untersuchung des Organs irgend welche Abnormität aufweist. Bei diesen ersten Anfängen oder wenn die Epididymitis durch eine schmerzhafte Deferentitis eingeleitet wird, verordnet Verf. Ruhe und kalte Umschläge auf den hochgelegenen Hoden. Erscheint dagegen der Patient mit einer weit vorgeschrittenen Hodenerkrankung, mit großer Schwellung des Organs und vermehrten Schmerzen, mit allgemeinem Unbehagen, Beschwerden im Unterleib etc., so verwendet Verf. statt Kälte

Hitze. Nachdem er den Hodensack mit 10proc. Ungt. plumb. jodat -Salbe oder Pflaster bestrichen hat, läßt er die bekannten Pariser Hodenkataplasmen anwenden. Auf diese Salben- bezw. Pflasterapplication legt er das in kochend heißem Wasser vollkommen aufgequollene Mooskissen um den Hoden, darauf Guttapercha, Pergament oder Billrothbattist, dann Watte und zum Schluß ein Wiener Suspensorium, das so hoch angezogen wird, wie es der Patient ertragen kann. Der Erfolg ist überraschend. Nach dieser Behandlung, die früh und Abends erfolgt, fühlt sich der Patient sofort wohler. Die vorher so lästigen Schmerzen, die ihn zu jeder, auch der geringsten Arbeit untauglich machen, sind geschwunden, das Unbehagen und Ziehen am Unterleib haben aufgehört, und der Patient kann wenigstens leichtere Arbeiten verrichten. Die Hodenschwellung geht in kürzerer Zeit als bei der Eisbehandlung zurück, die Resistenz und Dicke des Samenstranges werden vermindert; schon nach drei Tagen kann man eine Erweichung des Organs constatiren; das Exsudat in der Tunica vaginalis verschwindet unter der Hitze ganz außerordentlich schnell. Selbstredend muß für 1—2 Mal täglichen Stuhlgang und leichte Diät gesorgt werden. Lubowski.

Henri Kucharzewski: **Un cas de blennorrhagie compliqué de rhumatisme, de troubles nerveux et d'iridocyclite.** (Le progrès médical 1900, No. 4.)

Selten beobachtet man im Verlauf einer Gonorrhoe nervöse Störungen und Iridocyclitis, aber noch seltener ist die Complication dieser beiden Erkrankungen und dazu noch das Auftreten von gonorrhoischem Rheumatismus. Verf. beschreibt einen solchen Fall bei einem 22jähr. jungen Mann, welcher bisher, abgesehen von einer acuten Nephritis, stets gesund gewesen war. Die Gonorrhoe bestand seit drei Wochen und war sachgemäß behandelt worden; zuerst traten Schmerzen im Knie- und Handgelenk auf und erst im weiteren Verlauf bekam Patient eine Iridocyclitis und eine multiple Neuritis. Nach ca. sechs Wochen war Patient, trotz der mehrfachen Complicationen, fast vollständig wieder hergestellt. Immerwahr (Berlin).

Danlos: **Rupture des l'urèthre sans rétrécissement dans une blennorrhagie.** (Le progrès médical 1900, No. 7.)

D. fand bei einem an Hirnabsceß gestorbenen Mann, welcher an seiner dritten Gonorrhoe litt, eine vollständige Urinverhaltung und eine Ruptur der Urethra in Folge der Anstrengungen, welche der Patient gemacht hat, um uriniren zu können, trotzdem keine Strictur bestand.

Immerwahr (Berlin).

Reinhold Ledermann (Berlin): **Die Behandlung der acuten Gonorrhoe.** (Berliner Klinik, Heft 137, November 1899.)

Ueber kein Gebiet der Medicin ist wohl so viel geschrieben wie über die Gonorrhoe und die Behandlung derselben. Es muß dem practischen Arzt schwer fallen, aus den vielseitigen, sich oft widersprechenden An-

gaben eine für die Praxis sich eignende Methode, nach der er sich in jedem Falle richten kann, herauszuconstruiren. Natürlich läßt sich auch aus dem besten Leitfaden eine in jedem Falle passende Leitschnur nur schwer heraussuchen; derartige Anweisungen dürften den Ratsuchenden oft zu schweren Mißgriffen verleiten. Die Kunst der wahren Therapie einer jeden Krankheit beruht auf der autodidactischen Kunst des Individualisirens; die Medicin zu „commandiren" ist selbst der größte Medicus nicht berufen; wer aber die Individualität eines jeden Kranken für sich und seine Reaction auf eine Infection zu studiren gelernt hat, dem wird es leicht werden, dem Kranken Linderung zu verschaffen, die ihm innewohnende Vis medicatrix naturae im Kampf gegen die Krankheit zu unterstützen und Mittel in Anwendung zu ziehen, die cito, tuto et jucunde ihre Wirkung zeigen. In diesem Sinne begrüßen wir die Arbeit des Verfassers, da sie aus der Praxis für die Praxis geschrieben ist. Wenn sie auch dem Specialisten nichts Neues zu bieten vermag, so ist ihm doch durch Gegenüberstellung und Vergleich seiner Behandlungsweise mit der eines anderen nüchternen, objectiven Collegen bei der Lectüre manche Anregung gegeben und fordert ihn auf, manches neue oder vergessene Rüstzeug aus der Vorratskammer seiner therapeutischen Mittel hervorzuholen und in Anwendung zu ziehen. Die Abhandlung ist fließend geschrieben; die Behandlung der acuten Gonorrhoe baut sich nach Verf. auf den heute als berechtigt und logisch anerkannten Principien der Neisser'schen Therapie auf; Verf. ist sich wohl bewußt, daß „die ganze Methodik dieser von Neisser inaugurirten und mit unermüdlichem Fleiß vervollkommneten Therapie noch eines weiteren Ausbaues bedarf", daß aber „immerhin die Fortschritte schon jetzt unverkennbar sind und der Hoffnung Raum geben, daß sie bei einer weiteren Vervollkommnung uns allmählich dem erstrebten Ziele, schneller als bisher und unter möglichster Vermeidung von Complicationen die Krankheit zu heilen, näher führen werden". Ein Wunsch, dem auch wir gern Ausdruck verleihen und dem wir noch den einen anschließen, daß die Schrift die ihr gebührende Verbreitung und Anerkennung unter den Collegen finden möge.

Blanck (Potsdam).

Ernest Finger: **Die moderne Therapie der Gonorrhoe.** (Urban & Schwarzenberg, Wien.)

Das vorliegende Heft ist aus dem Stenogramm der Vorlesungen Finger's entstanden. Das Moderne der Therapie der Gonorrhoe ist die große Injection mit der Ockart'schen Spritze, die Verwendung von Gonorol als Balsamicum und Protargol und Largin zur Injection. Verf. verwendet zuerst bei der Gonorrhoea acuta anterior Protargol in $^1/_2$—1 proc. Lösungen 3—4 mal täglich und geht nach einigen Tagen zum $^1/_4$—$^1/_2$—1 proc. Largin über. Dieses hat eine etwas alkalische Reaction und wirkt leicht caustisch, indessen mehr in die Tiefe, während das Protargol die acuten entzündlichen Erscheinungen herabsetzt.

Merzbach.

Dr. Kiss (Budapest): **Die Behandlung der männlichen Gonorrhoe.** (Ungarische med. Presse 1900, No. 1.)

Im Princip steht Verf. auf dem Standpunkt Neisser's, daß die erste Aufgabe bei Gonorrhoebehandlung in Vernichtung der Gonokokken bestehen müsse. Nur ist er auf Grund seiner mittels Harnröhrenirrigationen erreichten Erfolge zu dem Schluß gekommen, daß, so lange nur von einer Vernichtung der Gonokokken die Rede ist, die mechanische Antisepsis viel wichtiger ist als die chemische. Er hat sich nämlich davon überzeugt, daß bei reiner mechanischer Antisepsis die Gonokokken an Zahl abnehmen, aber auch ganz aus dem Secret verschwinden können. Nach einfachen oder prolongirten Injectionen mit sterilem Wasser trat diese Wirkung ziemlich rasch ein, selbst wenn die Eiterung auch nicht abnahm. Wenn die Gonorrhoe am zweiten bis sechsten Tage nach der Infection in Behandlung kommt und noch kein starker Ausfluß und kein starkes Oedem bestehen, kann man durch Irrigationen mit sterilem Wasser selbst abortive Heilung erhalten. Aber auch selbst bei jahrelangem Bestehen der Gonorrhoe sind Irrigationen oft von auffallender Wirkung, insofern die Gonokokken rasch aus dem Secret verschwinden.

Wenn Verf. bei der Aufgabe der Vernichtung der Gonokokken der mechanischen Antisepsis den Vorzug giebt, so benutzt er bei der Behandlung der entzündlichen Gewebsveränderungen auch Lösungen von Argent. nitric.; er macht Irrigationen mit Lösungen von 1 : 4000 der Pars anterior, zumeist ohne Katheter; mit 1—2proc. Lösungen pinselt er nur die Pars anterior, die Pars posterior verschont er von solchen Pinselungen, da man auch mit Irrigationen verdünnterer Lösungen zum Ziel kommen kann. Wenn das Arg. nitr. nicht hilft, so geht Verf. zu Dilatationen über.

Lubowski.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Nobl, Neumann u. Kaposi: **Interessante Syphilisfälle.** (Demonstrationen in der Wiener dermatolog. Gesellschaft. Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 6.)

Nobl demonstrirt einen Fall von Gummabildung am harten Gaumen mit cariöser Zerstörung des rechten Alveolarfortsatzes bei einem 24jährigen Patienten, der, vor etwa fünf Jahren mit Ueberstreichungen behandelt, späterhin keine Erscheinungen zeigte, bis vor drei Monaten genannte Ulceration aus einem kleinen Knötchen sich entwickelte.

Neumann demonstrirt: 1. Einen Fall von gruppirten Gummata cutanea bei einem 33jährigen Schlosser, dessen Infection seit 1888 datirt. Localisation am Unterschenkel, Oberschenkel, Vorderarm, sowie Crena ani. 2. Einen 37jährigen Kranken mit Syphilis maligna praecox, der im vorigen Jahre Syphilis acquirirte, 40 Einreibungen machte und gegenwärtig luetische Geschwüre in der Scapulargegend, am Rücken und an den Vorderarmen von verschiedener Größe aufweist. 3. Einen 47jährigen Kranken mit einem serpiginösen Syphilid am Scrotum, das auf 20 Jahre zurück datirt. Gleichzeitig besteht bei dem Patienten Psoriasis der Ohrenschleimhaut. 4. Ein 27jähriges Mädchen mit extragenitaler Sclerose am Zahnfleisch und einem maculo-papulösen Syphilid. Schwellung der Submentaldrüsen. 5. Ein ulceröses Frühsyphilid im Gesicht bei einem 22jährigen Kranken, der vor drei Monaten sich inficirt hatte. 6. Ein papulöses Syphilid bei einer 26jährigen Näherin. Universelle Ausbreitung. 7. Ein serpiginöses Syphilid am rechten großen Labium, das bis zur Clitoris ausgebreitet erscheint und bis jetzt unbehandelt blieb.

Kaposi demonstrirt einen Fall von Lues ulcerosa bei einer 49jährigen Frau in Form eines handbreiten, über dem Kniegelenk localisirten, thalergroßen Geschwürs, das eine Tiefe von 10 cm aufweist und eine $\frac{1}{2}$ cm breite Infiltrationszone erkennen läßt. Lubowski.

Dr. Hugo Wolff (Berlin): **Ueber syphilitische Papel der Augapfelschleimhaut.** (Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 3.)

Der Mitteilung des Verfassers liegt folgender Fall zu Grunde: Die 16jähr. Patientin zeigte am äußeren Hornhautrande des linken Auges eine angeblich seit acht Tagen bestehende rundliche Geschwulst von der Größe einer kleinen Erbse, welche von ziemlich fester Consistenz und mit der Conjunctiva in geringem Grade verschieblich war. Die Farbe der kleinen Geschwulst war dunkelrot, auf ihrer Kuppe jedoch mit einem Stich in's Gelbliche, was wohl darauf beruhte, daß die Geschwulst an dieser Stelle halb transparent war. Die Ränder waren scharf und steil abfallend, die umgebende Bindehaut völlig reizlos. Die genaueren Maße waren 5 mm im transversalen, ca. 3 mm im sagittalen Durchmesser. Bei Betrachtung mit dem bloßen Auge erschien die Oberfläche glatt, unter der Lupe jedoch zeigte sich dieselbe aus zahlreichen kleinen Unebenheiten zusammengesetzt, sowie von einem reichen Gefäßnetz bedeckt. Da nun gleichzeitig ein typisches papulöses Exanthem bestand und die Cervicaldrüsen knorpelhart infiltrirt waren, stellte Verf. mit absoluter Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf syphilitische Papel der Augapfelbindehaut, welche Diagnose zur Gewißheit wurde, als man feststellte, daß die Patientin auch andere Zeichen secundärer Syphilis in Gestalt eines über den ganzen Körper verbreiteten trockenen, papulöspustulösen Exanthems aufweist. Die Behandlung bestand in allgemeiner Anwendung des Quecksilbers in der Form der Pasta peptonata cum hydrargyro nach Schleich. Die Localbehandlung des Auges wurde unterlassen.

Unter dieser Behandlung hat sich die Geschwulst innerhalb 14 Tagen um mehr als die Hälfte verkleinert.

Im Anschluß an diese Mitteilung führt Verf. die bis jetzt in der Litteratur veröffentlichten ähnlichen Fälle an. Lubowski.

Dr. Wermann: **Ueber luetische Struma.** (Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 6.)

Verf. beschreibt einen Fall, aus dem hervorgeht, daß die Schilddrüse unter dem Einfluß der Syphilis ein Krankheitsbild darbieten kann, welches sich mit dem der gewöhnlichen Struma vollkommen deckt.

Der Fall betrifft einen 24jährigen jungen Mann, der Ende 1892 luetisch inficirt worden war, im Januar 1893 eine Roseola und danach leichte Halserscheinungen dargeboten hatte und im September 1894 in die Behandlung des Verfassers kam. Da er bis dahin nur eine Pillenkur durchgemacht und Calomelinjectionen erhalten hatte, über deren Dosirung nichts Näheres in Erfahrung zu bringen war, wurde er alsbald einer Schmierkur unterzogen, welcher eine zweite im Jahre 1895 und im Frühjahr 1899 eine dritte folgte. Der Kranke hatte während dieser Zeit nur leichte Erkrankungen der Mund- und Rachenschleimhaut aufgewiesen. $1^1/_2$ Jahr nach der letzten Kur erkrankte er mit einer doppelseitigen Orchitis und einer syphilitischen Schwiele an der Glans. Da Jodkali nur wenig Einfluß auf den Krankheitsproceß ausübte, wurde im Januar 1898 der Kranke abermals einer Schmierkur unterzogen, unter welcher die Hodengeschwülste sowohl wie die Schwielenbildung an der Glans zurückgingen. Patient nahm zur Nachkur noch Jod weiter; trotzdem entwickelte sich in rascher Folge, $2^1/_2$ Wochen nach der Beendigung der Schmierkur, ein Gumma an der hinteren Wand des Velum. Neuerliche Schmierkur bei fortgesetztem Jodgebrauch brachte auch jetzt den Krankheitsproceß bald zur Heilung. Zur gleichen Zeit hatte Patient wiederholt über leichte Schwindelanfälle zu klagen, über Kopfdruck, Beeinträchtigung der Denkfähigkeit, starke Depression und psychische Reizbarkeit. Dieser Zustand wurde auch durch die Behandlung wenig beeinflußt. er verlor sich erst nach und nach, und es vergingen Monate, bis sich Patient wieder völlig frei fühlte. Indes bemerkte Patient während der Jodbehandlung ein allmähliches Stärkerwerden des Halses. Im Juni 1898 ließ der Hals bereits eine beträchtliche Anschwellung erkennen, die Schilddrüse sprang in ihren Conturen geschwulstartig hervor. Es hatte sich ein richtiger Kropf entwickelt, der den Kranken arg entstellte. Oppressionserscheinungen hatte der Kranke nicht. Symptome der Basedow'schen Krankheit fehlten vollständig. Da sowohl Verabreichung von Jodkali wie äußerliche Anwendung von Jodvasogen auf die Anschwellung gänzlich wirkungslos geblieben war, wurde nunmehr zur Quecksilberbehandlung geschritten und mit den Einreibungen wieder begonnen. Schon nach der sechsten Einreibung machte sich ein deutlicher Rückgang der Anschwellung bemerkbar, und nach 14 Tagen war der Umfang des Halses von 44 auf 40 cm heruntergegangen. Das Allgemeinbefinden des Patienten hatte sich auch wesentlich gebessert,

insbesondere waren die cerebralen Erscheinungen verschwunden. In den folgenden Monaten ging der Halsumfang bis auf 39 cm zurück; die Schilddrüse zeigt gegenwärtig noch eine ganz geringe Anschwellung.

In der epikritischen Betrachtung des Falles sucht Verf. erstens die Frage zu beantworten, ob in demselben wirklich Syphilis der Schilddrüse vorgelegen hatte, und hierauf die Frage, welcher Art die syphilitische Affection der Schilddrüse war. Die erste Frage konnte Verf. mit absoluter Sicherheit im positiven Sinne beantworten. Schwerer war die Beantwortung der zweiten Frage. Der Zeit ihres Auftretens nach (im sechsten Jahre nach der Infection) wäre die Struma als eine tertiäre Krankheitserscheinung aufzufassen, um so mehr, als tertiäre Processe (Sarcocele und Gummabildung am Velum) ihr vorangegangen waren und die secundäre Periode der Syphilis längst abgeschlossen schien. Dem klinischen Bilde nach aber machte die Struma ganz den Eindruck einer Schilddrüsenschwellung der Frühperiode. Es fehlte jede Knotenbildung, die als Gumma hätte angenommen werden können, ebensowenig handelte es sich um derbe Infiltration der Schilddrüse. Die Erkrankung machte vielmehr den Eindruck einer einfachen Hyperplasie der Schilddrüse. Das rasche Wachstum der Struma und die schnelle Rückbildung unter Quecksilberbehandlung trug ebenfalls dazu bei, die Aehnlichkeit mit einer Erkrankung des Frühstadiums herzustellen, zumal die Jodbehandlung ohne jeden Einfluß auf die Anschwellung blieb, dieselbe sich gerade während der Jodbehandlung rasch vergrößerte. Gerade bei tertiären Erkrankungsformen entfaltet aber das Jod seine Hauptwirkung, während die Wirkung des Quecksilbers ganz besonders in der secundären Periode zur Geltung kommt, bei tertiären Processen aber an Wirksamkeit dem Jod jedenfalls nachsteht. Bezüglich des Umstandes, daß die secundären Krankheitserscheinungen so lange Zeit nach der Affection aufgetreten sind, könnte man annehmen, daß die Schilddrüse schon im Frühstadium der Syphilis eine Anschwellung erlitten habe, dieselbe unmerklich erfolgt sei und nun plötzlich im sechsten Jahre zu so stürmischen Exacerbationen Anlaß gegeben habe. Andererseits meint Verf., daß der Auffassung, daß die Struma erst im späteren Verlauf der Syphilis, im sechsten Jahre sich entwickelt habe, die Berechtigung nicht abgesprochen werden kann. Lubowski.

Timme: **Ein Fall von syphilitischer Erb'scher Paralyse.** (Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku 1899. Ref. nach Petersburger med. Wochenschrift 1900, No. 4.)

Der 27jährige Patient war ein Jahr vorher mit Lues inficirt worden und hatte darauf eine wiederholte Injectionskur mit Hg. salicyl. durchgemacht. Nach einem Jahre begann Parese beider Beine, besonders links stärker, Herabsetzung des Schmerz- und Tastgefühles daselbst, spastischer Gang, Blasenlähmung. Sofort wurde eine energische Schmierkur eingeleitet und zugleich Jodkali innerlich verabreicht. Nach 30 Einreibungen waren alle Symptome der syphilitischen Myelitis geschwunden.

Lubowski.

Bayet: **Paralysie alterne supérieure au cours de la période secondaire de la syphilis.** (Journ. méd. de Bruxelles, 4. Mai 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 1.)

Drei Monate nach dem Beginn der Syphilis, die mit einem Lippenschanker eingesetzt hatte, erscheinen bei einem 52 Jahre alten Manne plötzlich eine linksseitige Facialisparalyse und eine Paralyse des rechten Armes, sowie des Musc. rectus externus am linken Auge mit Anaesthesia dolorosa des rechten Armes. Nach einer combinirten 13tägigen Behandlung waren bis auf die Lähmung des Augenmuskels alle Symptome verschwunden.

Dreyer (Köln).

Dr. Hagedorn (Hamburg): **Die Syphilis des Warzenteiles.** Auszug aus der Monographie des Verf.'s: „Ursachen und Folgen der Erkrankung des Warzenteiles und ihre Behandlung." (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nasen-, Ohren-, Mund- u. Halskrankheiten. Herausgegeben von Dr. Bresgen. Carl Marhold, Halle a. S., 1900.)

In Folge von erworbener Syphilis treten sowohl catarrhalische als auch eitrige Mittelohrentzündungen auf, welche meistens von syphilitischen Erkrankungen des Nasenrachenraumes ausgehen. Auch sind eine Anzahl von primären Schankergeschwüren der Mündungen der Ohrtrompeten durch Uebertragung mittels des Ohrkatheters bekannt geworden, die zu einer Ohrenentzündung geführt haben. Es tritt da entweder ein Uebergreifen der Geschwüre und Condylome auf die Ohrtrompete ein, das zu Tubenschluß und Verengerung des Canals führt, oder die Entzündung kriecht in's Mittelohr, bewirkt Paukenhöhlencatarrh mit Verdickung und Sclerosirung der Schleimhäute, Hyperostosen an den Knochenwänden und an den Gehörknöchelchen. Auch eitrige Entzündungen der Mittelohrräume treten auf, welche nicht wesentlich von den genuinen Paukenhöhlenentzündungen abweichen und in gleicher Weise, wie diese, den Warzenteil ergreifen können. Die Schleimhaut wird geschwürig zerstört, es tritt Caries und Necrose der Trommelhöhlenwände ein, die auf den Warzenfortsatz und das Felsenbein sich erstrecken und zu Facialislähmung und Hirn- und Sinusaffectionen führen können. Die dabei vorhandene, meist sehr hochgradige Schwerhörigkeit ist Folge der gleichzeitigen syphilitischen Erkrankung des Labyrinthes. Diese Arten der Warzenteilsyphilis haben außer ihrer Entstehung durch Contact vom Nasenrachenraum her nichts Characteristisches, wohl aber diejenigen Formen, welche nicht zur Eiterung führen, sondern chronisch verlaufen. In Folge der chronischen, von dem Mittelohr fortgeleiteten Entzündung der Schleimhautauskleidung der Warzenzellen kommt es nämlich häufig zu einer Vermehrung, einer Hyperplasie des Knochengewebes, welche allmählich zu einer vollständigen Sclerosirung des Warzenfortsatzes führt. Die zelligen Räume des Warzenteils, die diploehaltigen sowohl wie die lufthaltigen, werden nach und nach durch den neugebildeten Knochen aus-

gefüllt. Da gleichzeitig auch nach außen hin von der Knochenhaut aus eine Neubildung von Knochengewebe erfolgen kann, so wird es dann auch zu einer Hyperostose kommen. Dieser Knochenneubildungsproceß beschränkt sich nicht nur auf den Warzenfortsatz, sondern der ganze Warzenteil kann davon befallen sein, so daß der ganze Knochen in der Umgebung des ursprünglichen Entzündungsherdes, der in der Paukenhöhle, dem Kuppelraum und dem Antrum liegt, sclerotisch verdickt erscheint. Ebenso chaeracteristisch sind die gummösen Erkrankungen des Warzenteiles. Bei hereditärer Syphilis treten ziemlich die gleichen Erscheinungen auf wie bei der erworbenen. In Folge von Labyrinthperiostitis treten, abgesehen von den Veränderungen des Nervenendapparates, Periostitiden, Hyperostosen, Ankylose der Steigbügelplatte, Verknöcherung der Membran des runden Fensters, Verknöcherung des Labyrinths ein. Nebenher gehen regressive Vorgänge, necrotische Processe, Höhlenbildung in den Knochen, die mit käsigen Massen gefüllt sind, eitrige Mittelohrentzündungen. Die häufigsten hereditär-syphilitischen Krankheitserscheinungen befallen aber nicht den Warzenteil, sondern das Labyrinth. Die Labyrintherkrankung entwickelt sich selten plötzlich, meistens allmählich fortschreitend und führt zu erheblicher, ja totaler Taubheit. Das Characteristische der ererbten syphilitischen Labyrintherkrankung, ebenso wie der erworbenen, ist das frühzeitige Erlöschen der Kopfknochenleitung für alle Tonquellen.

Die Diagnose der Syphilis des Gehörorgans macht keine Schwierigkeiten, wenn die Anamnese oder der Befund im Nasenrachenraum hinreichende Verdachtsmomente liefern. Ein in diagnostischer Beziehung wichtiges Symptom ist die Otalgie, worunter Verf. einen Ohrenschmerz, der anfallsweise auftritt und durch keinerlei Entzündungserscheinungen in den Gehörorganen erklärt wird, versteht.

Die Prognose ist nur im Beginn der Ohraffection, bei leichteren Formen und bei sonst kräftigen Individuen eine günstige, hingegen ungünstig bei cachectischen Personen, bei Complication mit Granulations- und Polypenbildung, bei Caries und totaler Taubheit. Bei energischer Allgemeinbehandlung sah Verf. jedoch wiederholt auch bei schweren Fällen Besserung.

Lubowski.

W. S. Lazarus-Barlow: **A Case of Gummata in the Heart wall.** (67. Jahresversammlung der Britischen medicinischen Gesellschaft zu Portsmouth. (British Medical Journal, 4. November 1899.)

Der casuistische Beitrag, der wegen der Seltenheit der Affection und der Beziehung zwischen Gummi und fibröser Entartung des Herzens interessant ist, betrifft den makroskopischen und mikroskopischen Befund eines Falles von Gummibildung in der Herzwand. Der Kranke, von dem das Präparat stammte, war ein ca. 40jähriger Mann, der tot aufgefunden worden war. Unter 11000 Nekropsien, die während 35 Jahren im St. George's Hospital ausgeführt wurden, fanden sich 8 Fälle mit Gummi des Herzens; fibröse Erkrankung dagegen fand sich in 20 Fällen. Blanck (Potsdam).

Percival M. May (London): **Case of syphilitic disease of the heart and liver: sudden death.** (The British Medical Journal, 23. December 1899.)

Verf. berichtet über einen Fall von taubeneigroßer Gummigeschwulst, im Herzfleisch zwischen beiden Ventrikeln gelegen. Die Diagnose konnte intra vitam nicht gestellt werden, da der 30jährige Kranke kurz nach seiner Einlieferung im Krankenhaus starb. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als typisches Gummi. Es waren 10 Jahre seit der luetischen Infection verflossen. Die syphilitischen Veränderungen der Leber bieten nichts Besonderes.

Blanck (Potsdam).

Danlos: **Amaurose syphilitique. Impuissance des injections de bijodure. Guérison par quatre injections de calomel.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 1. Soc. de derm. et de syph., séance du 11. janv. 1900.)

Bei Gelegenheit der Vorstellung eines Syphilitikers durch Danlos, der mit Calomelinjectionen behandelt und geheilt war, entspann sich eine Debatte über diese Injectionen, der mit Rücksicht auf die große Bedeutung dieses therapeutischen Agens ein besonderer Wert beizumessen ist. Zunächst der vorgestellte Kranke: dieser war im April 1897 von einer frischen secundären Lues durch Quecksilberbehandlung wahrscheinlich geheilt. September 1897 traten Kopfschmerzen und Iritis auf. Locale Behandlung, die zusammen mit Waschungen und Umschlägen von Hydrargyrum cyanatum bis Februar 1898 fortgesetzt wurde, führte nicht zur Heilung, ebenso wenig eine von April 1898 bis April 1899 eingeleitete Behandlung mit Injectionen (30). Von April 1899 bis Juni 1899 wurden 30 Injectionen von Hydrargyrum bijodatum gemacht und von August bis September desselben Jahres 2 g Jodkali mit Hydrarg. bijodatum und nachher einige Quecksilberpillen gegeben, ohne Erfolg. Im October wurden wieder 20 Injectionen von Hydrarg. bijodatum und Jodkali innerlich gegeben — eine gewaltige Stomatitis war die einzige Folge. Als diese geheilt war, erhielt Patient im December 4 Injectionen Calomel zu 5 cg, von denen wöchentlich eine verabreicht wurde. Wie mit einem Zauberschlag verschwanden die Symptome und Patient konnte wieder sehen, nachdem er mehr als zwei Jahre nicht im Stande gewesen war, seine Serviette zu erkennen. Fournier erkennt in der Discussion den hohen Wert der Calomelinjectionen namentlich bei Affectionen der Zunge, des Pharynx und Larynx an und Brocq fügt hinzu: auch der Hohlhände und Fußsohlen. Die Injectionen wechseln in ihrer Schmerzhaftigkeit ungemein, sogar bei demselben Patienten (Morel-Lavallée, Danlos). Der Schmerz kann aber die höchsten Grade erreichen, und ein Patient Fournier's, der wegen eines Larynxtumors gerade operirt werden sollte, aber durch eine einzige Calomelinjection geheilt wurde, erklärte, lieber sterben zu wollen, als eine zweite Calomelinjection zu erhalten. Verzettelte Calomeldosen können zuweilen unwirksam sein (Brocq).

Dreyer (Köln).

Dr. Roth: **Die Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäckchen und die Aufnahme des Quecksilbers bei dieser Behandlung.** (Pester med.-chir. Presse 1900, No. 1—2.)

Verf. hat Beobachtungen mit dem von Welander zur Behandlung der Syphilis empfohlenen Quecksilbersäckchen angestellt. Auf Grund seiner dabei gemachten Erfahrungen gelangte er zu dem Schluß, daß bei der Quecksilbersäckchentherapie eine Absorbirung von Quecksilber erfolgt. Es gingen nämlich die klinischen Symptome in den betreffenden Fällen rasch genug zurück, in mehreren Fällen traten Gingivitis und Stomatitis mercurialis auf, und in jedem Falle konnte im Urin Quecksilber nachgewiesen werden. Die Frage aber, ob man mit der Quecksilbersäckchentherapie die Inunctions- und Injectionskur ersetzen kann, vermag Verf. auf Grund seiner bisherigen Untersuchungen nicht bestimmt zu beantworten. Dazu müßte erforscht werden, bei welcher Quecksilbertherapie eine größere Elimination des Quecksilbers stattfindet, aus welcher man nachher auch auf eine größere Quecksilberaufnahme schließen kann. Man müßte gleich intensive Fälle von Syphilis mit verschiedenen Quecksilberkuren behandeln und dann beobachten, bei welchen früher Recidive auftreten. Immerhin glaubt Verf., auf Grund seiner bisherigen Beobachtung constatiren zu können, daß die Säckchentherapie als eine relativ starke antisyphilitische Kur angesehen werden kann, geeignet für Fälle, in denen die Inunctionskur nicht ausführbar ist.

Die Frage, welches Präparat man bei der Säckchentherapie anwenden soll, hält Verf. für weniger wichtig; jedenfalls ist nach seiner Ansicht der Pulv. cinereus Egger empfehlenswerter als das Mercuriol, weil der erstere besser resorbirt wird, ebenfalls nicht staubt und leichter zu beschaffen ist.

Bezüglich der Frage, ob bei der Quecksilberbehandlung die Quecksilberaufnahme blos durch die Einatmung oder auch durch die Haut geschieht, hat sich Verf. durch specielle Experimente überzeugen können, daß bei der Quecksilbersäckchentherapie das Quecksilber nicht nur durch Inhalation, sondern auch durch die Haut dem Organismus einverleibt wird.

Lubowski.

Malherbe: **Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de bichlorure de mercure à doses rares et intensives.** (Gazette méd. de Nantes 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 1.)

M. wendet in bestimmten Syphilisfällen, wie z. B. bei Erkrankungen des Nervensystems, ulceröser und maligner Syphilis, Sublimatinjectionen von **0.05** g alle acht Tage an. Dieselben sind weniger schmerzhaft als Calomel- und Injectionen von grauem Oel. Doch ist es ein Irrtum, wenn **M.** glaubt, daß man sich jede weitere Antisepsis bei den Sublimatinjectionen ersparen kann. Dreyer (Köln).

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Dr. Ilyin: **Ein Fall von Harnröhrenreizung bei äusserlicher Anwendung der Cantharidentinctur.** (Klinisch-therapeut. Wochenschr. 1900, No. 3.)

Der betreffende Patient klagte über stechende Schmerzen und Jucken bei der Harnentleerung. Nach Ablauf des Actes verschwanden die ersteren, während das letztere anhielt. Beides war hauptsächlich in der Glans penis fühlbar, verbreitete sich jedoch auch weiter in's Innere der Harnröhre. Des Morgens war am Orific. ext. urethr. ein trüber, eingetrockneter Tropfen sichtbar, außerdem sonderten sich geringe Massen Schleim aus der Harnröhre ab. Die Harnentleerung ging häufiger vor sich, der Penis war ein wenig gespannt. Aus der Anamnese ergab sich, daß der Patient als Haarmittel eine 5proc. Mischung von Tinct. Cantharid. anwendete und hiervon im Verlaufe von drei Wochen 100,0 verbraucht hatte. Da absolut keine anderen Ursachen für die vorliegenden Beschwerden vorhanden waren, mußte man annehmen, daß in diesem Falle eine Reizung der Harnröhre durch die Cantharidentinctur vorlag. Da hier als Netzmittel eine Spiritusmischung in Anwendung kam, war der Boden zum Einsaugen durch die Kopfhaut sehr günstig. Die Cantharidentinctur ließ die Nieren, durch welche sie ihren Lauf genommen hatte, unberührt und rief blos eine Reizung der Schleimhaut der Harnröhre hervor, welche Jucken und Schmerzen beim Uriniren und im Anfang Schleimabsonderung zur Folge hatte. Die Behandlung bestand blos in Einstellung der Haarbenetzungen. Das Jucken und die Schmerzen hielten alsdann noch ungefähr $1\frac{1}{2}$ Wochen an, wobei sie immer schwächer und schwächer wurden.

Dieser Fall dient somit als Beweis, daß auch die äußerliche Benutzung der Cantharidentinctur bei weitem nicht gleichgiltig ist, und mahnt, bei Benutzung des Cantharidins als kosmetischen Mittels in höchstem Maße vorsichtig zu sein. Lubowski.

M. Horowitz (Wien): **Ueber Cavernitis und Lymphangioitis des Penis.** (Wiener med. Presse 1900, No. 10.)

Vier sichergestellte Formen von Penisverhärtungen sind zu unterscheiden, die syphilitische, gonorrhoische, traumatische und senile Form; die gonorrhoische und die traumatische Form treten mit Lymphangioitis des Gliedes vergesellschaftet auf, die drei ersteren Formen setzen mit einer acuten Cavernitis als Anfangsstadium ein; alle führen in Folge der sich entwickelnden Chorda und unvollständigen Erection zu Impotenz. Ueber die noch in der Litteratur erwähnten Formen gichtischen Ursprungs, sowie

diejenigen in Folge von Schrumpfniere und Diabetes hat H. keine Erfahrung. Therapeutisch am günstigsten steht es bei den luetischen und traumatischen Formen, besonders wenn die geeigneten Mittel, Quecksilber, Jod, chirurgische Eingriffe, nicht zu spät zur Anwendung kommen. E. Samter.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. Kreps: **Ueber Steine der Prostata.** (Petersburger medicin. Wochenschrift 1900, No. 2.)

Der 18jährige Bauernknabe leidet von der frühesten Kindheit an an verschiedenen Symptomen seitens des Harntractus, hauptsächlich an starken Schmerzen beim Uriniren, bedeutender Mictionsfrequenz bis zu 40mal täglich und zuweilen an Incontinentia urinae. Der Harn ist sehr trübe, eitrig, alkalisch, von starkem Geruch, enthält reichlich Tripelphosphate. Im Stehen ist das Uriniren leichter als im Liegen. Per rectum läßt sich eine sehr harte, stark empfindliche Prostata durchfühlen. Das Schmerzgefühl dauert auch beim Palpiren des Blasenhalses und der Pars membran. fort. Die Sonde stößt am Blaseneingang auf einen Körper, der das Gefühl eines Concrementes giebt: das Urethroskop zeigt ein steinähnliches Gebilde in der Pars membranacea. Verf. diagnosticirte einen vesico-prostata-urethralen Stein und machte die Sectio mediana. Es gelang, den Stein mit den Fingern herauszuziehen, nach Dilatation des Blasenhalses, die gleichfalls mit den Fingern vorgenommen wurde. Nur am Anfang wurde mit der Zange an dem der Pars membran. anliegenden Teil angezogen, wobei ein Stückchen vom Concrement abbrach. Der Stein wiegt 22 g, seine Dimensionen betragen 7 und 13. Er hatte die characteristische Sanduhrform. Der Blasenteil ist der kleinste, der Prostatateil der größte. Er besteht aus Harnsäure, phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia, harnsaurem Ammoniak und Magnesia. Calciumsalze waren nicht zu finden. Die Entstehung des Steines ist so zu erklären, daß in der frühesten Kindheit ein Uratsteinchen aus der Blase in den Blasenhals entschlüpft war, sich hier einklemmte und an beiden Seiten sein Wachstum fortsetzte. Der Kranke erholte sich gut; die Perinealwunde ist ganz verheilt, und bis auf einen noch restirenden kaum merkbaren Catarrh der Pars prost. membr. ist der Junge so gesund, wie er noch nie war, jedenfalls so viel er sich erinnern kann. Lubowski.

Alexander D. Johnson: **Prostatectomy.** (Medical Record, 30. December 1899.)

In der Sitzung vom 11. December 1899 der „New York Academy of Medicine" demonstrirte J. einen 60jährigen Mann, den er am 7. October operirt hatte. Seit fünf Jahren Harnbeschwerden, ab und zu Katheterismus

wegen Retentio urinae; der Urin enthielt viel Pus, keine Cylinder; Verlängerung der Urethra, 150 ccm Residualharn, mäßiges Fieber, frequenter Puls. Tägliche Blasenspülungen brachten keine Besserung. Daher die Prostatectomie, die ganze Prostata wurde vom Perineum aus entfernt; sie erwies sich in allen Bestandteilen hypertrophirt; Naht der oberhalb der Symphyse zur Freilegung der Blase angelegten Oeffnung, Tamponade der Wunde am Damm, durch die ein weicher Kautschukkatheter in die Blase geführt war. Tägliche Spülung der Blase von hier aus, vom achten Tage ab durch die Urethra. Vom elften Tage an spontane Miction; Faradisation zur Kräftigung der Blasenfunction. Zwei Monate später 25 Pfd. Gewichtszunahme, die Wunde am Damm war fast ganz geschlossen, das Allgemeinbefinden hat sich sehr gebessert. Ueber die Beschaffenheit, die Menge des Residualharns etc. nach der Operation ist nichts erwähnt. In der Discussion erwähnt Eugen Fuller einen analogen Fall von Prostatahypertrophie mit Blasenatonie, den er prostatectomirt hatte. Er befürwortet gleichfalls mit der perinealen Incision eine möglichst große suprapubische Eröffnung der Blase zu verbinden, da sonst eine Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes und Beherrschen einer Blutung großen Schwierigkeiten begegnen könnten. In seinem Fall gelang es ihm auf die Weise, die große Prostata in die Blase zu entbinden und dann mittels Zange durch die perineale Wunde zu extrahiren. Forbes Hawkes hat dieselbe Operation an einem 71jährigen Prostatiker mit gutem Erfolg ausgeführt. Auch er konnte sich die Operation durch gleichzeitiges Operiren vom Damm und von der Blase aus erleichtern, und beide Seitenlappen wie der hypertrophirte Mittellappen wurden ohne große Blutung enucleirt. Das Resultat ist, daß der Operirte jetzt zehn Stunden schlafen kann, ohne uriniren zu müssen und des Tags nur drei- bis viermal zu harnen braucht. Nur darüber hat der Kranke zu klagen, daß seitdem ganz geringe Incontinenz beim Niesen besteht. Blanck (Potsdam).

Prof. Narath (Utrecht): **Zur Radicaloperation der Varicocele.** (Wiener klin. Wochenschrift 1900, No. 4.)

Durch die bei mehreren Fällen hochgradiger Varicocele gefundene Coincidenz von Venectasie mit weitem Leistencanal kam Verf. auf die Idee, die Hauptstämme oder den Hauptstamm der Vena spermatica interna im Leistencanal selbst zu reseciren und dann diesen nach dem Typus der Bassini'schen Radicaloperation bei Leistenhernie zu verschließen. Auf diese Weise hoffte Verf., Radicalheilung der Varicocele zu erzielen, da erstens einmal die Blutsäule in der langen Vena spermatica interna unterbrochen wird, zweitens das Blut der Hodenvenen nicht mehr dem directen Druck der Bauchpresse unterliegt und drittens dem Blut der Geschlechtsdrüse andere Abflußwege eröffnet werden. Verf. hat in einigen Fällen schwerer Varicocele nicht nur den Stamm der Vena spermatica interna unterbunden, sondern auch die stark erweiterten Venae spermaticae externae. Die Operation wird auf folgende Weise durchgeführt: Hautschnitt (ca. 10 cm lang) in der Richtung des Leistencanals und fingerbreit oberhalb des Liga-

mentum Poupartii. Der Schnitt, der nicht über das Tuberculum pubicum nach abwärts reicht, durchtrennt Haut und Fascia superficialis. Hierauf wird in gleicher Richtung die Aponeurose des M. obliquus externus gespalten und so der Leistencanal in ganzer Ausdehnung eröffnet, wie bei der Bassini-schen Radicaloperation der Leistenhernie. Der ganze Funiculus spermaticus mit dem Cremaster und der Tunica vaginalis communis wird darauf aus dem Leistencanal herausgehoben, was sehr leicht gelingt. Wenn man nun durch einen kleinen Längsschnitt (oder durch stumpfe Präparation) Cremaster und Tunica vaginalis communis gespalten hat, übersieht man gut die einzelnen Gebilde des Samenstranges. Die erweiterten Venen treten sehr deutlich hervor, auch bei ganz geringer Blutfüllung. Man hat im Leistencanal entweder den Hauptstamm der Vena spermatica interna vor sich oder seine primäre Seitenverzweigung. Die Venen werden so hoch als möglich proximal freipräparirt, hierauf doppelt unterbunden und zwischen den Ligaturen durchschnitten. Die proximalen Stümpfe der Venen (oder der Hauptvene) ziehen sich sofort zurück und verschwinden in der Tiefe. Sie liegen höher als der Annulus internus des Leistencanals. Sodann werden die Venen distal verfolgt bis zur Gegend des Annulus inguinalis externus und hier auch nach doppelter Unterbindung zwischen den Ligaturen durchtrennt. Man entfernt auf diese Weise ein Stück von vielen Centimetern aus dem Stamm der Vene oder aus diesem und den ersten Seitenästen, oder (bei hoher Vereinigung) aus letzteren allein. Die Venen lassen sich sehr leicht vollständig von den übrigen Gebilden des Samenstranges isoliren. Nach erfolgter Resection wird sehr genau nachgesehen, ob nicht eine peritoneale Ausstülpung vorhanden ist. Ist sie da, dann wird sie isolirt, torquirt, ligirt und amputirt. Lipome werden ebenfalls exstirpirt. Schließlich untersucht man noch die V. spermaticae externae. Sind diese erheblich erweitert, so wird aus ihnen auch noch ein Stückchen resecirt. Als letzter Act der Operation erfolgt der Verschluß des Leistencanals nach dem Typus von Bassini. Der Funiculus spermaticus wird hoch hinauf gezogen und unter ihm die Musculatur des Obliquus internus und transversus (ohne Fascia transversa) an das Ligamentum Poupartii angenäht, 3–4 Nähte genügen in der Regel. Verf. läßt die hintere Wand des Leistencanals (Fascia transversa) ganz intact, unterminirt die Muskelränder nicht und präparirt überhaupt nicht an diesen. Auf die tiefe Naht kommt nun der Samenstrang zu liegen und über ihm wird der Spalt in der Aponeurose des M. obliquus externus sorgfältig mit feinen Knopfnähten vereinigt. Zum Schluß wird die Wunde durch die Hautnaht total geschlossen. Als Naht- und Ligaturmaterial verwendet Verf. durchgehends feinste Seide, nur für die Muskelnähte verbraucht er etwas dickere Fäden. Der Verband ist ein aseptischer Druckverband.

Die Operation ist für denjenigen, der auf die Bassini'sche Radicaloperation eingeübt ist, in 10—15 Minuten zu machen, wenn Alles gut geht. Am achten Tage werden die Nähte entfernt und nach dem zehnten Tage können die Patienten aufstehen. Verf. läßt für gewöhnlich die erste Zeit noch ein Suspensorium tragen, das die Hoden gut hinauf hält. Die Füllung

des venösen Plexus verhält sich nach der Operation nicht immer gleich. In einem Teil der Fälle hört die Stauung in den Venen sehr bald auf und die Venenconvolute werden sofort erheblich kleiner. In anderen Fällen, und das sind die schwereren Grade von Varicocele, spürt man am Tage nach der Operation die venösen Plexus im Scrotum noch sehr deutlich, allmählich jedoch schrumpfen auch sie zusammen, wobei die einzelnen Venenstränge sich immer fester anfühlen. Das Blut des Hodens und Nebenhodens fließt durch die vorhandenen und sich event. neubildenden Collateralbahnen ab nach den Venen der Bauchdecken oder nach den Venae pudendae.

Die Vorteile dieses Verfahrens liegen klar auf der Hand.

Lohnstein.

Dr. Landau: **Sarcom des Hodens bei einem Kinde. Metastasen im Gehirn und Rückenmark.** (Klin.-therap. Wochenschrift 1900, No. 2. S.-A.).

Der $6^1/_2$jährige, blasse, abgemagerte, anämische Knabe zeigt einen verunstalteten Hodensack. Der rechte Hoden ist palpabel, läßt sich genau abgrenzen; der linke Hoden bildet einen harten, auf Druck nicht schmerzhaften Körper. Die Haut über dem linken Hoden ist leicht cyanotisch verfärbt, die Gefäße an dieser Stelle erweitert. Es unterlag keinem Zweifel, daß eine Neubildung des Hodens vorlag. Zur Bestimmung der Art derselben gelangte Verf. auf dem Wege der Ausschließung. So konnte von vornherein eine syphilitische Neubildung und ein Chondrom des Hodens ausgeschlossen werden; gegen die erstere sprach die Anamnese und eine erfolglose antisyphilitische Behandlung, gegen das Chondrom hingegen sprach die Seltenheit dieses Leidens bei Kindern und das Fehlen der characteristischen Härte der Chondrome. Tuberculose konnte ausgeschlossen werden wegen des Fehlens der characteristischen Erscheinungen dieses Leidens, und zwar: Schmerzhaftigkeit, Anschwellung, häufige Exacerbation des Krankheitsprocesses, die Entstehung von Fisteln und dergleichen. Dermoidcysten kommen nur angeboren vor. Auf Grund des Ausspruches Kocher's, welcher Carcinome des Hodens, die vor der Pubertät auftreten, zu den Sarcomen zählt, konnte Verf. auch das Carcinom ausschließen und die Diagnose schließlich auf Hodensarcom stellen. Die daraufhin vorgenommene Exstirpation des linken Hodens, sowie die darauf folgende mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Geschwulst bestätigten die Diagnose.

Einige Wochen nach der Operation erkrankte das Kind unter Erscheinungen von Metastasen im Gehirn und Rückenmark, welche in zwei Monaten zum Tode führten.

Sarcome des Hodens wurden schon in der frühesten Kindheit beobachtet (nach der Statistik Trélat's waren von 34 bei Kindern beobachteten Sarcomen die Hälfte im ersten Lebensjahre) und treten auf als Sarcoma simplex und Sarcoma medullare. Diese Neubildung entwickelt sich rasch, ergreift den Nebenhoden und den Samenstrang und verursacht Metastasen längs der Lymphgefäße.

Lohnstein.

VII. Blase.

Schnitzler, Julius (Wien): **Verletzung der Blasenschleimhaut durch Contusion der Unterbauchgegend.** (Aus der chir. Abt. des k. k. Kaiser Franz Joseph-Spitals in Wien. Wiener med. Wochenschr. 1900, No. 10.)

Im Anschluß an den kürzlich von Zuckerkandl a. a. O. veröffentlichten analogen Fall berichtet S. über eine vor zwei Jahren von ihm gemachte Beobachtung. Der 15jährige Schuhmacherlehrling hatte acht Tage vor seiner Aufnahme einen stark belasteten Handwagen ziehen müssen, wobei der Gurt, mittels dessen er den Wagen zog, über seine Unterbauchgegend verlief. Bald nach dieser Arbeit traten Schmerzen und Blutharnen auf und häufigerer Urindrang. Die Schmerzen traten sowohl beim Uriniren als auch spontan in der Unterbauchgegend auf, und auch Druck gegen die Blasengegend wurde als schmerzhaft bezeichnet. Cystoskopische Untersuchung ergab: am Blasengrunde einige Blutgerinnsel, an der vorderen Blasenwand zwei linsengroße, von Blutgerinnseln theilweise bedeckte Vertiefungen, deren Ränder von zackig eingerissener Schleimhaut gebildet waren.

Unter Bettruhe und ohne locale Therapie nahm der Blutgehalt des Urins rasch ab; eine nach acht Tagen vorgenommene Cystoskopie ließ wieder die beiden Substanzverluste an der vorderen Blasenwand erkennen, aber keine Blutgerinnsel mehr. Der Urin blieb jetzt dauernd blutfrei und der Patient ohne Beschwerden. Sieben Wochen nach der ersten Untersuchung fanden sich an den erwähnten Punkten nur noch zwei braunrot pigmentirte Stellen.

Als Ursache ist hier wie auch in Zuckerkandl's Fall der äußere Druck durch die Bauchdecken hindurch auf die stark gefüllte Blase anzunehmen, welche durch die gleichzeitig stark wirkende Bauchpresse derart fixirt sein mußte, daß sie dem Druck der äußeren Gewalt nicht ausweichen konnte. Beide Fälle kamen in 2—3 Wochen zur Ausheilung, obwohl die Hämaturie beide Male bis in die zweite Woche hinein eine beträchtliche war; man müsse aber, wie S. hinzufügt, mit der Thatsache rechnen, daß eine derart traumatisch erkrankte Blase leicht einer secundären Infection unterliegen kann.

Referent ist der Ansicht, daß diese Gefahr bei einer vorher gesunden Blase und sonst gesunden Harnorganen nicht eben nahe liegt; auch ist Ref. im Gegensatz zu S. der Ueberzeugung, daß Fälle, wie die mitgeteilten, der Rechtsprechung des R.-V.-A. nach als „Unfälle“ im Sinne des Gesetzes anzuerkennen sind.

E. Samter.

Fontan (Toulon): **Plaie pénétrante de la vessie par coup de couteau à travers l'échaucrure sciatique; section de l'artère fessière.**

Ein Mann erhält in das linke Gesäß einen Messerstich, welcher zu colossaler Blutung führt. Heftige Bauchschmerzen und beträchtliche Auftreibung des Bauches sind die Folgen. Der Verletzte wird schwach, hat häufig Uebelkeit und bietet das Bild der schweren Blutung und des Shoks dar. Eine schwere Gefäßverletzung war sicher, überdies entleerte der Katheter aus der Blase reines Blut, die Blase war also auch getroffen. Die Laparotomie zeigte, daß die Blutinfiltration extraperitoneal war, deshalb wurde das Bauchfell geschlossen und von der Blase aus weiter vorgegangen. Eine in die Gesäßwunde eingeführte starke Rinnensonde geht durch die Incisura ischiadica major in's Becken bis zur Hinterwand der Blase. In die Blase gebrachtes Borwasser geht in's kleine Becken. Trotzdem ist die Blasenwunde nicht aufzufinden. Deshalb legt F. Jodoformgaze an die Hinterwand der Blase und führt sie am unteren Ende der sonst zugenähten Bauchwunde heraus. Von der Gesäßwunde aus legt er durch einen großen Lappen die Glutäa frei und unterbindet ihre getrennten Teile. Dauerkatheter. Heilung.

Mankiewicz.

Vallos: **Fistule vésicale consécutive à une hysterectomie abdominale.** (Société de chirurg. de Lyon, Juli 1899. Revue de chir. 1899, XII, 765.)

Nach einer glatt verlaufenen abdominalen Uterusexstirpation wegen Fibrom findet V. eine fünffrankstückgroße Blasenscheidenfistel; Heilung durch die Naht. Eine operative Verletzung der Blase oder des Harnleiters hält der Autor für ausgeschlossen; er glaubt, daß die Ursache der Fistel in Störungen der Blutcirculation in den durch das Fibrom gedrückten Blasen- und Scheidenwandungen zu suchen sei; nach der Entfernung habe die ihrer Schutzwand beraubte, abgestorbene Stelle sich losgelöst und so sei es fünf Tage nach der Operation zur Fistelbildung gekommen. Mankiewicz.

VIII. Ureter, Niere etc.

Dr. Schlifka: **Ein neues Cystoskop zum Katheterismus der Ureteren.** (Wiener klin. Wochenschrift 1900, No. 1.)

Das neue Cystoskop ist nach dem Princip des Casper'schen Uretercystoskops gebaut, unterscheidet sich jedoch in einigen Punkten von demselben. Beibehalten sind die Führung des Canals für den Katheter an der anderen Seite und die handliche Abknickung des Fernrohrs durch ein-

geschaltete Prismen. An dem vesicalen Ende der Katheterrinne befindet sich das Albarran'sche Züngelchen, das mittels einer am Ende befindlichen Schraube nach Bedarf gehoben werden kann, und zwar befindet sich dieses Züngelchen nicht, wie bei Albarran, dem Rohre aufsitzend, sondern im Rohr verborgen. Dadurch ist eine Verletzung der Harnröhre mit Sicherheit ausgeschlossen. Durch eine besondere Vorrichtung gelang es dem Verfasser, das Prisma und das Ende des Sondencanals auf 4 mm zu nähern, so daß die Spitze des austretenden Katheters schon im Gesichtsfeld erscheint, wenn nur 6 mm derselben vorgeschoben waren, und darin soll der Hauptvorzug des Instruments liegen; denn die Bewegungen der Katheterspitze und damit die Schwierigkeit der Einführung derselben in den Ureter sind desto grösser und die Treffsicherheit desto kleiner, je größer das in die Blase hineinzuschiebende Stück ist.

Die Technik des Katheterismus mit seinem Instrument schildert Verf. folgendermaßen: Die Oeffnung des Ureters wird derart eingestellt, daß sie sich etwas außerhalb des Centrums des Gesichtsfeldes auf einer horizontal gedachten Linie befindet. Sodann wird der Katheter, dessen Mandrin circa 5 cm herausgezogen ist, so weit vorgeschoben, daß seine Spitze die Ureteröffnung zu decken scheint. In dieser fixirten Stellung nun wird die Schraube, die das Züngelchen regiert, so weit angezogen, bis die Katheterspitze, die sich im Bilde scheinbar senkt, vor die Oeffnung zu liegen kommt. Nun versucht man, den Katheter einzuschieben. Ist dies gelungen, dann wird die Schraube sofort wieder zurückgedreht, um dem Katheter freie Beweglichkeit zu lassen, und dieser nach Bedürfnis noch hinaufgeschoben. Geht die Spitze des Katheters beim Versuch, einzudringen, aber vorbei, so kann man entweder durch weiteres Anziehen der Schraube eine noch stärkere Krümmung des Katheters herbeiführen oder durch eine ganz geringe Seitwärtswendung des Außenteiles des Instrumentes nach der anderen Seite den Fehler in der Stellung corrigiren oder diese beiden Maßnahmen in besonders schwierigen Fällen combiniren. Der weite Sondencanal gestattet die Einführung ziemlich dicker Katheter, aus denen dann der Harn in der bekannten rhythmischen Art rasch abtropft. Soll der Ureterenkatheter liegen bleiben, so erfolgt dessen Herausheben aus der Rinne mittels diese ausfüllenden Stabes ganz so wie bei dem Casper'schen Instrument. Lubowski.

Achard et Clerc: **Elimination par les urines du bleu de méthylène injecté.** (Société médicale des hopitaux. Le progrès médical 1900, No. 6.)

Es ist wichtig, die Dauer und die Menge der Ausscheidung des injicirten Methylenblaues zu beobachten, um einen Aufschluß über die Durchgängigkeit der Nieren zu erhalten. Die Verfasser haben dazu das colorimetrische Verfahren benutzt. Die Undurchgängigkeit der Nieren ist nicht nur eine Ursache schwerer Zufälle, sondern auch ein Factor, welcher bestehende Krankheiten verschlimmert. Immerwahr (Berlin).

Dr. v. Czyhlarz: **Beitrag zur Lehre von der Abstammung der Harncylinder.** (Wiener klin. Wochenschrift 1900, No. 1.)

Die Entdeckung der Harn- bezw. Nierencylinder wird Henle zugeschrieben, der als Erster ihre Bedeutung richtig erkannt hatte. Sowohl Henle selbst, wie auch die späteren Autoren beschäftigten sich ausschließlich oder fast ausschließlich mit den hyalinen Cylindern. Henle sprach die Ansicht aus, daß diese Cylinder aus Faserstoff beständen und nannte sie Fibrincylinder. Seitdem ist über die Natur der hyalinen Cylinder viel gestritten worden, und auch heutzutage sind die Meinungen der Autoren darüber geteilt. Bizzozero und Rovida meinen, daß die hyalinen Cylinder Secretionsproducte der Epithelien seien, während Schachowa auf Grund von histologischen Untersuchungen der Nieren von mit Kantharidenpulver vergifteten Hunden annimmt, daß die hyalinen Cylinder durch die Degeneration abgestoßener Nierenepithelien entstehen. Nach der Entdeckung seiner Fibrinfärbung äußerte sich Weigert dahin, daß Harncylinder bis auf gewisse tropfenförmige bei Anwendung der Fibrinfärbung ungefärbt blieben. Israel und Ernst kamen zu dem Ergebniß, daß nach den mit der Fibrinfärbung erzielten Resultaten wenigstens ein großer Teil der hyalinen Cylinder als Fibrincylinder angesehen werden müsse. Dagegen glaubt Lubarsch, eine große Reihe von Beobachtungen constatirt zu haben, welche das Entstehen der Harncylinder aus Zellprotoplasma darthun. Eine ausführliche Arbeit Burmeister's stützt die Anschauungen von Lubarsch.

Verf. hat sich speciell mit den granulirten und Epithelcylindern beschäftigt und ist auf Grund histologischer Untersuchungen zu folgender Ansicht gekommen: Bezüglich der granulirten Cylinder glaubt er, daß dieselben hauptsächlich aus Detritusmassen entstehen, die sich in den gewundenen Harncanälchen bei parenchymatöser und fettiger Degeneration reichlich finden, wobei auch ein starker Zerfall der Epithelien dieser Canälchen zu bemerken ist, der sich in den übrigen Canälchen viel seltener und nur bei sehr hochgradiger Degeneration der ganzen Niere findet. Es gilt diese Entstehungsart aber sicher nicht für alle Fälle, da ja secundärer Zerfall abgestoßener Epithelzellen, Leukocyten etc., falls vorher cylinderartige Anordnung bestanden hat, auch zur Bildung granulirter Cylinder im Harn führen kann

Was die Bildung von Nierenepithelcylindern betrifft, so fand Verf. in zwei Fällen von parenchymatöser Nephritis, daß die Desquamation der Epithelien fast ausnahmslos in den Sammelröhrchen vor sich geht. Ueberhaupt konnte er constatiren, daß, wenn die Epitheldesquamation nicht ganz allgemein war, immer eine vorwiegende Beteiligung der Sammelröhrchen sich beobachten ließ. Es scheinen eben die verschiedenen Partien der Niere in verschiedener Weise zur Desquamation zu neigen. Daß die im Harn gefundenen Nierenepithelzellen aus den oberen, spec. aus den gewundenen Harncanälchen kaum stammen können, dafür spricht das Verhältnis der Größe des Lumens der Henle'schen Schleifen und der Größe einer Epithelzelle der gewundenen Canälchen, welches einen Durchtritt der letzteren durch die ersteren kaum ermöglichen würde. Lohnstein.

Alois Hanusch: **Ueber die Indicationen und die Anwendung der Diuretica bei renalem Hydrops.** (Wiener medicinische Blätter 1900, No. 7 und 8.)

Wir alle ziehen die Diuretica zu einem oder dem anderen Zeitpunkt bei der Behandlung des Hydrops in Anwendung. Verf. ist aber der Meinung, daß durch ihre kritiklose Anwendung viel Schaden gestiftet wird. Die Diuretica sind in zwei Gruppen einzuteilen. In die erste Gruppe gehören alle jene Medicamente, welche eine Steigerung der Diurese durch Beeinflussung des Nierengewebes direct hervorrufen. Zu der zweiten Gruppe gehören alle jene Medicamente, welche die Steigerung der Diurese durch Erhöhung des Blutdruckes erzielen. Für practische Zwecke teilt man die directen Diuretica in zwei Gruppen ein: in die salinischen Diuretica und in die stimulirenden. Die salinischen Diuretica sind die bei der acuten Nephritis am meisten gebrauchten und empfohlenen. Das Kalium aceticum, Kalium citricum, Kalium bitartaricum oder die Natron-, Lithium-, Calcium- oder Magnesiumsalze werden sämtlich in Anwendung gezogen. Diese Salze regen bei ihrer Ausscheidung das Nierenepithel an, erzeugen active Hyperämie mit gesteigerter Harnabsonderung. Bei renalem Hydrops werden die salinischen Diuretica häufig angewendet und, wie es scheint, ohne jede Beschränkung. Sie können von Nutzen sein, sie können aber auch wesentlich schaden. Beim Hydrops einer acuten Nephritis schaden die salinischen Diuretica, solange die Entzündung der Niere die Ursache der verminderten Harnabsonderung bildet. Die salinischen Diuretica können bei acuter Nephritis derart schädlich sein, daß sie das Auftreten urämischer Symptome beschleunigen. Beim Hydrops der chronischen Nierenerkrankungen hat Verf. die salinischen Diuretica niemals von besonderem Nutzen gesehen. Sie können wohl die Diurese steigern, sie vermindern jedoch den Hydrops nicht. Wenn die geschädigte Niere kein Wasser ausscheiden kann, dann kann sie auch diese Medicamente nicht eliminiren. Auf diese Weise kann Schaden gestiftet werden. Die stimulirenden Diuretica werden bei renalem Hydrops häufig in höchst sorgloser Weise verordnet. Es kommen hier in Betracht: Scilla, Coffein, Pilocarpin, Digitalis, Diuretin, Spiritus aetheris nitrosi und schließlich Calomel. Die Scilla kann Verf. nach eigenen Erfahrungen bei Hydrops renalis nicht empfehlen. Das Coffein ist in seiner Wirkung häufig unzuverlässig. Das Pilocarpin kann, in kleinen Dosen gegeben, um jede schädigende Wirkung auf die Haut zu vermeiden, eine entschiedene Steigerung der ausgeschiedenen Harnmenge erzielen. Der Digitalis kommen nach der Anschauung vieler Beobachter directe diuretische Eigenschaften zu. Die Diurese nach Digitalisgaben ist nicht ein ausschließlicher Effect ihrer Wirkung auf die Circulation, indem sich derselbe mitunter bereits einstellt, ehe die Circulation merklich beeinflußt ist. Jedenfalls ist die Digitalis bei renalem Hydrops ein äußerst wirksames Mittel, und ihre Anwendung sollte jedes Mal versucht werden. Das Diuretin wirkt ungemein prompt und energisch. Es steigert sowohl das Harnwasser als auch die festen Elemente. Bei allen

Formen von Hydrops in Folge einer Nierenerkrankung, wo ein Diureticum erforderlich ist, kann Diuretin angewendet werden. Es äußert sicherlich blos eine geringe Reizwirkung auf das Nierenepithel, und nach seinem Gebrauch werden nur wenige üble Resultate berichtet. Wenn es in einem Fall von renalem Hydrops im Stich läßt, soll man eine Combination von Diuretin mit Digitalis versuchen. Spiritus aetheris nitrosi entfaltet selbst in großen Dosen keine ausreichende Wirkung. Das Calomel ist bei renalem Hydrops wegen seiner unsicheren und selbst stark reizenden, gefahrbringenden Wirkung unbedingt nicht am Platze. Es giebt außerdem noch eine große Reihe von Mitteln, welche die Nierenthätigkeit stimuliren und in beschränktem Maße eine diuretische Wirkung entfalten; die meisten von ihnen sind zu stark reizend, um bei Nierenaffectionen in Anwendung kommen zu können und ihre Wirkung zu schwach, um von irgend einem Wert zu sein.

Immerwahr (Berlin).

Rénon: **Anurie durant sept jours.** (Le progrès médical 1900, No. 7.)

R. hat einen Kranken beobachtet, welcher sieben Tage lang nicht urinirte und die Symptome einer Pseudobulbärparalyse darbot. Bei der Section wurden Gehirnerweichung und Uratsteine in den Nieren gefunden, ferner Lebercirrhose, Myocarditis und Aortitis. Immerwahr (Berlin).

Widal: **Urémie et fonctions du rein.** (Société médicale des hopitaux. Le progrès médical 1900, No. 6.)

Im Beginn unterscheiden sich die epithelialen und interstitiellen Nephritiden scharf von einander, erst später verschmelzen sie und es entsteht eine gemischte Nephritis. Die Urämie tritt häufiger bei der interstitiellen Nephritis auf, aber man findet sie auch im Verlauf einer epithelialen Nephritis, selbst wenn die Durchgängigkeit der Nieren für Methylenblau noch normal ist. Viel seltener ist die normale Durchgängigkeit bei der vorgeschrittenen interstitiellen Nephritis. Urämische Symptome können trotzdem auftreten; so erwähnt W. einen Fall von typischer syphilitischer epithelialer Nephritis, bei welchem die Durchgängigkeit der Nieren für Methylenblau normal war und trotz alledem Urämie auftrat. Immerwahr (Berlin).

Labadie-Lagrave, Boix et Noé: **Recherches sur la toxicité urinaire et l'albuminurie.** (Société de biologie. Le progrès médical 1900, No. 8.)

Aus ihren Untersuchungen über die Toxicität des Urins und die Albuminurie schließen die Verfasser, daß kein Zusammenhang besteht zwischen der Anwesenheit und der Quantität des im Urin vorhandenen Eiweißes und dem Coefficienten der Giftigkeit dieses Urins, ebenso wenig bei der Bright-schen Krankheit, als auch bei anderen Krankheiten, ebensowenig bei demselben Kranken, wie auch bei verschiedenen Patienten. Man muß vielmehr

die Prognose bei dem Morbus Brightii und ebenso den gegenwärtigen Zustand des Patienten nicht nach dem Vorhandensein, oder der Abwesenheit, oder der Quantität des ausgeschiedenen Eiweißes beurteilen, sondern nach dem Giftigkeitscoefficienten des Urins. Immerwahr (Berlin).

Guaita und Vatvassori Peroni (Mailand): **Paroxysmale Hämoglobinurie.** (Assoc. sanitar. Milanes, 15. April. Ref. nach Wiener med. Wochenschrift 1899, No. 38.)

Verf. beobachtete einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie bei einem mit hereditärer Syphilis behafteten Kinde. Das Auftreten der Affection schien mit den Schwankungen des Barometerstandes in Zusammenhang zu stehen. Quecksilberpräparate und Jodkali blieben ohne Einfluß.

E. Samter.

F. Parodi: **Fall von Fehlen der linken Niere.** (R. Accademia medica di Genova. Ref. nach Wiener med. Presse 1900, No. 8.)

Die rechte Niere des an Schädelbasisfractur zu Grunde gegangenen Mannes zeigte sich als normal gelagert, vergrößert; die linke Niere, der linke Ureter und dessen Blasenmündung fehlten vollständig. Der rechte Hode war normal, der linke wies ein Epididymisrudiment auf; Vas deferens, linke Samenblase und Ductus ejaculatorius fehlten auf dieser Seite; der linke Prostatalappen war nur halb so groß als der rechte. Links waren ferner 13 Rippen vorhanden, der Atlas war mit dem Os occipitale verwachsen. Die Anomalien am Urogenitalsystem sind durch unvollkommene Entwicklung des Wolff'schen Körpers zu erklären. E. Samter.

Leonard Freeman (Denver, Col.): **Surgical diseases of the Kidneys: Cases illustrating some Points in Diagnosis and Treatment.** (The New York Medical Journal, 21. Oct. 1899.)

Durch die Veröffentlichung von 21 Krankheitsgeschichten, die die Notwendigkeit frühzeitiger Nierenoperationen illustriren sollen, giebt Verf. einige bemerkenswerte Punkte für die Diagnose und Behandlung einiger Nierenaffectionen an. In dem ersten Fall, in dem die Diagnose zwischen idiopathischer Nephralgie und Nephrolithiasis schwankte, ergab die exploratorische Nephrotomie nur das Vorhandensein einer Wanderniere; die Symptome schwanden alsbald nach der Nephrorraphie, insbesondere der Blutgehalt des Urins; auch eine intercurrirende Schwangerschaft kann, vielleicht durch die Reponirung der Wanderniere durch den vergrößerten Uterus, die Erscheinungen einer Wanderniere beseitigen. In einem anderen Fall konnte Verf. Nierenerscheinungen, für die durch äußere Untersuchung kein Grund gefunden werden konnte — der Urin war von hohem spec. Gewicht und enthielt viel Harnsäure, wenig rote Blutzellen und hyaline Cylinder —, durch interne entsprechende Behandlung heilen. Dunkle Nierenschmerzen, die zum Teil nach dem Becken ausstrahlten oder hier vorwiegend localisirt

wurden, verschwanden in mehreren Fällen nach der Nierenanheftung. Bei einem ca. 30jährigen Mann, bei dem ein retinirter Hoden im Leistencanal vermutet wurde, fand sich dort bei der Operation außer einem atrophischen, vorher nicht gefühlten Hoden eine unentwickelte Niere. Die Herniotomie, Castration und Nephrectomie brachte Heilung. Günstiger Ausgang wurde durch Drainage nach traumatischer Nierenzerreißung erzielt, blutiger Harn wies auf den Sitz des Leidens hin. Bei einer durch Schußverletzung der Niere bedingten Operation und Drainage war nach Verlauf einiger Wochen eine secundäre Hämorrhagie aufgetreten, die eine sofortige Nephrectomie erforderlich machte, um die profuse Blutung zum Stillstand zu bringen. Aus der zurückbleibenden Fistel entleerte sich in liegender Stellung des Patienten öfters Urin, der angeblich von der Blase regurgitirt sein soll. Profuse, andauernde Nierenblutungen veranlaßten den Tod eines 70jährigen Morphinisten, dem kurz vorher das Opium entzogen war; bei der Autopsie fand sich nur eine mäßige, auf das Alter zurückzuführende interstitielle Nephritis; ob letztere oder die Entziehung des Giftes den Tod veranlaßt hat, bleibt fraglich. Ein perinephritischer Absceß war in Folge der Symptome drei Wochen lang bei einem 30jährigen Mann für Typhus gehalten; Incision brachte Heilung. Ein alter Mann hatte sich eine acute Inguinalhernie zugezogen, die durch ein Bruchband zurückgehalten wurde. Bald darauf fing er an, mehrere Wochen lang zu fiebern; dazu gesellte sich Adduction des Beines. Die Fossa iliaca etwas empfindlich, am äußeren Leistenring ein weicher, emphyseuratöser Tumor. Die Incision oberhalb des Lig. Poupartii ergab einen großen, retroperitonealen Absceß, der sich von der Nierengegend n ungefähr Fingerstärke nach dem Inguinalcanal herabzog; er enthielt viel Gas, wenig Eiter. In einem weiteren Fall verschwanden die Symptome einer Reizbarkeit der Blase nach der Nephrotomie, die mehrere kleine Abscesse der Niere zu Gesicht brachte und heilte. Beschwerden, die auf Ovarien und Blase bezogen waren, führten bei einer 40jährigen Frau zur Entdeckung einer vergrößerten Wanderniere; durch die Nephrotomie, bei der mehrere Abscesse mit drei Steinen in ihrem Inhalt geöffnet wurden, erfolgte im Verein mit Drainage völlige Heilung. In zwei Fällen von suppurativer Nephritis nach vollendeter Schwangerschaft konnten durch einfache Nephrotomie, statt vielfach geübter Nephrectomie, disseminirte Eiterherde entleert, drainirt und Heilung erzielt werden. Bei einer bedeutenden congenitalen Hydronephrose, bei der bei der Operation kaum noch secernirendes Nierenparenchym erhalten schien, exstirpirte Verf. trotzdem die Niere nicht, weil er sich über den Zustand der anderen Niere nicht klar war (!); der Erfolg gab ihm Recht, und er warnt in Folge dessen vor primärer Nephrectomie in solchen Fällen; später könne, nach Concentration des Sackes und Restiren einer Fistel, eine plastische Ureteroperation vorgenommen werden, ehe man die Exstirpation vornehme. „Ein lebender Kranker mit einer Urinfistel ist immer noch besser als ein toter Kranker.“ Je ein Fall von Pyelitis und suppurativer Nephritis wurde im Gefolge von Appendicitis mit umschriebener Peritonitis beobachtet; die Pyelitis ging in Heilung über, die Nephritis endete

letal. Zwei Fälle von Pyelonephritis, die im Anschluß an den Katheterismus paretischer Blasen auftrat, verliefen tötlich. Bei einem jungen Mädchen mit Schmerzen in der rechten Nierengegend fand sich Cystinurie; die Nephralgie schwand nach einem Fall auf die rechte Seite, wodurch vielleicht ein vermuteter Cystinstein aufhörte, durch Wechsel seiner Lage irritirend zu wirken (?). Ein silberner Fingerring der Kranken wurde seit fünf Monaten bald nach dem Poliren immer wieder schwarz, ein Phänomen, das Verf. auf die Schwefelausscheidung durch die Haut bei Cystinurie zurückführt (Cystin selbst enthält ca. 26 pCt. Schwefel). Blanck (Potsdam).

A discussion on the pathology of renal tumours. (67. Jahresversammlung der Britischen medicinischen Gesellschaft zu Portsmouth. British Medical Journal, 4. November 1899.)

Unsere Kenntnisse über die Geschwülste der Niere bedürfen noch einer Vervollkommnung, die nur durch genaue pathologisch-anatomische Untersuchungen der einschlägigen Fälle und ausführliche vollständige Publication derselben zu erlangen ist.

T. N. Kelynack (Manchester) ist sich dessen bei der Aufstellung einer Classificirung der Nierengeschwülste wohl bewußt und bezeichnet seine Einteilung selbst als einen Versuch; dieselbe ist folgende:

1. Wahre Nierengeschwülste.
   1) Bindesubstanzgeschwülste: a) benigne: Fibrome etc.
      b) maligne: Sarcome.
   2) Epithelialgeschwülste: a) benigne: Adenome.
      b) maligne: Carcinome.
2. Nierenbeckengeschwülste, meist maligne Papillome (Epitheliome).
3. Hilusgeschwülste, gewöhnlich Sarcome.
4. Geschwülste der Nierenkapsel, gewöhnliche Sarcome.
5. Geschwülste, die von accessorischen Nebennieren ausgehen.
6. Wahre Geschwülste der Nebennieren. a) benigne: Adenome.
   b) maligne: Sarcome.
7. Perirenale Geschwülste. Fibrolipome, Sarcome.

Von allen bösartigen primären Tumoren, die zur Section kamen, fand Verf. in 2—3 pCt. der Fälle eine primäre Nierengeschwulst, in 8 pCt. aller Fälle von Carcinom handelte es sich um secundäres Nierencarcinom, in über 14 pCt. aller Fälle von Sarcomen um secundäres Sarcom der Niere. Die häufigste Form der Bauchgeschwülste bei Kindern bilden die Nierensarcome. Die Aetiologie der Nierentumoren liegt noch etwas im Dunklen; embryonale Defecte, Entwicklung heteroplastischer Ueberreste der Wolff'schen Körper oder Wucherung accessorischer Nebennieren mögen dabei eine Rolle spielen; vielleicht besteht auch ein causaler Zusammenhang zwischen Nierensteinen und Nierengeschwülsten. Alter, Geschlecht sind nicht ausschlaggebend. Nach diesen und anderen allgemeinen Betrachtungen geht K. die einzelnen Nierengeschwülste durch. Die Sarcome werden nach ihrem Vorkommen in den verschiedenen Lebensaltern, nach Ursprungssitz und Structur besprochen.

Die benignen epithelialen Geschwülste (Adenome) der Niere teilt K. ein in einfache Adenome, trabeculäre Cystome und papilläre Cystome. Die Details müssen im Original nachgelesen werden.

Roger Williams (Clifton) will die Tumoren getrennt wissen, je nach dem Lebensalter, in dem sie vorkommen. Während die bösartigen Nierengeschwülste die gewöhnlichste Form der bösartigen Tumoren bei Kindern bilden, fand W von 8371 Fällen primärer maligner Tumoren bei Erwachsenen 32mal die Niere befallen, und zwar unter 7297 Carcinomen 24 Nierenkrebse und von 1074 Sarcomen 8 Nierensarcome. Wegen der meist multiplen und bilateralen Entwicklung geben die bösartigen Nierengeschwülste der Kinder meist eine sehr ungünstige Prognose.

J. O. Wakelin Barrat (Wakefield) constatirte nur in 8 Fällen unter 4118 Sectionen eine maligne Neubildung der Nieren, 3 primäre und 4 secundäre, d. i. 0,2 pCt., ein Tumor war fibröser Natur.

S. Lazarus-Barlow verwertete statistisch das Sectionsmaterial am St. George's-Hospital während der letzten 36 Jahre und fand nur 14 Fälle von primärer Nierengeschwulst.

F. S. Eve (London) bespricht die Analogie zwischen angeborenen, aus eingeschlossenen Resten des Mesonephrium entstehenden Tumoren der Niere und cystischer Erkrankung des Hodens. Blanck (Potsdam).

Cammert: **Maligner Tumor der linken Nebenniere.** (Med.-naturwissenschaftl. Gesellschaft in Jena, 7. Juli 1899.)

Der 42jährigen Patientin wurde April 1898 der myomatöse Uterus nebst Adnexen und ein 8 Pfd. schweres Lipom der linken Nierenkapsel entfernt. Schon bald nach der Operation bemerkte Patientin eine neue Geschwulst in der linken Bauchseite, die innerhalb eines Jahres beträchtlich an Größe zunahm und sich bei der Untersuchung im März 1899 als mannskopfgroßer, wenig beweglicher, derber, retroperitoneal gelegener Tumor herausstellte. Erscheinungen von Seiten der Niere fehlten gänzlich. Die Laparotomie ergab eine derbe, knollige Geschwulst, auf der das ganz erweichte und morsche Colon descendens in ganzer Länge als glatter Strang auflag, die ziemlich fest mit dem M. ileopsoas verwachsen war und sich nach oben in einen gefäßreichen Strang zuspitzte. An der Hinterfläche kam ein apfelgroßes Lipom der Nierenkapsel zum Vorschein, während die Niere selbst sich vollständig unverändert zeigte. Die linke Nebenniere fehlte. Die Geschwulst ließ sich unter successiver Trennung des Bauchfells erst exstirpiren, nachdem das aufliegende Colon oben und unten durchtrennt war. Das obere Ende des Colon wurde in das untere hineingestülpt und durch breitfassende Serosanähte doppelreihig fixirt. Heilung in fünf Wochen. Es handelt sich hier um einen primären malignen Tumor der linken Nebenniere.

Mankiewicz.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Ein Fall von traumatischer Ruptur des perinealen Teiles der Harnröhre nebst Bemerkungen über die Behandlung schwerer Verletzungen der Harnröhre.

Vorgestellt in der Sitzung der Warschauer medicinischen Gesellschaft am 4. October 1898

von

Dr. **S. Grosglik** in Warschau.

Meine Herren! Es sind kaum zwei Jahre her, daß ich die Ehre hatte, Ihnen einen Fall von traumatischer Strictur der Harnröhre im perinealen Teile vorzustellen, wo ich wegen Undurchgängigkeit der Harnröhre und schwerer Urinstörungen genötigt war, die ausgedehnte Narbe zu reseciren und die beiden Enden der Urethra zu vernähen. Sie konnten sich damals überzeugen, daß Pat. nach mehrwöchentlicher Behandlung den Urin in dickem und kräftigem Strahle entleerte und daß von der alten Strictur nicht die geringste Spur zurückgeblieben ist.

Im Laufe der letzten zwei Jahre hatte ich Gelegenheit, noch einige Fälle, sei es traumatischer Strictur, sei es frischer Verletzung des perinealen Teiles der Harnröhre zu beobachten. Merkwürdiger Weise ist unsere Abteilung an solchen bekanntlich seltenen Fällen ziemlich reich. Im Laufe einiger Jahre hatten wir in unserer Abteilung zehn mehr oder weniger schwere Fälle der Art, eine Zahl, deren sich kaum die größten ausländischen Kliniken rühmen können. Dank diesem reichhaltigen Material haben wir uns eine eigene Behandlungsmethode ausgebildet, die in gewisser Hinsicht von der in Handbüchern empfohlenen abweicht. Der Fall, den ich die Ehre habe Ihnen heute vorzustellen, illustrirt unser Verhalten gegenüber den schwersten Formen von Verletzung der Urethra, nämlich dem Trauma dritten Grades, wo die Harnröhre voll-

ständig, in querer Richtung reißt. Die betreffende Krankengeschichte lautet in Kürze folgendermaßen:

Am 7. Juli 1898 um $8^1/_2$ Uhr früh ließ sich der 18jährige Arbeiter mittels Aufzuges von einer Höhe von etwa 10 Ellen herunter, wobei er sich mit dem Perineum gegen einen der vier in den Ecken des Aufzuges angebrachten Eisenstäbe leicht anlehnte. Bei Berührung mit dem Boden schnellte der Aufzug von einer am Boden befestigten Feder ab und der Kranke erlitt in's Perineum einen Stoß mit einem Eisenstabe. Der Schmerz war zunächst sehr heftig, so daß Patient das Gleichgewicht verlor; bald jedoch erlangte er die Besinnung wieder und kehrte unter heftigen Schmerzen ohne fremde Hilfe von der Fabrik nach Hause zurück. Blutung aus der Harnröhre bemerkte Patient nicht, er fühlte aber auf dem Rückwege, wie Hodensack und Perineum rasch anschwollen. Zu Hause empfand er häufigen Harndrang, war jedoch außer Stande, auch nur einen Tropfen Urin zu lassen. Am Abend desselben Tages wurde ein Heilgehilfe geholt, der den Harn mittels Nélaton'schen Katheters vergeblich zu entleeren versuchte. Aus dem Katheter floß nur etwas Blut heraus, welches nach Entfernung desselben in größerer Menge zum Vorschein kam. In der Nacht litt Patient fürchterlich, hatte einen Schüttelfrost und war trotz beständiger warmer Umschläge nicht im Stande, Urin zu lassen. Erst gegen Mittag des folgenden Tages wurde er in's Krankenhaus, und zwar in die chirurgische Abteilung des Herrn Dr. Krajewski gebracht.

Die Untersuchung ergab folgendes: der Kranke war blaß, Gesichtsausdruck sehr leidend, Puls 130, Frostgefühl. Der Hodensack kindskopfgroß, die Haut am Scrotum, am Penis und Perineum dunkelviolett; Präputium ödematös, infiltrirt. Die dunkelviolette Färbung reicht bis jenseits der Sitzhöcker und bis zum After. Unter dem Hodensack, in der Mittellinie des Perineums eine faustgroße, mit der Scrotalschwellung zusammenfließende Geschwulst. Die Continuität der Haut nirgends getrennt. Die Haut am Unterleib bis 4—5 Finger breit oberhalb der Symphyse pastös, infiltrirt. Der Percussionsschall bis zum Nabel gedämpft, die Palpation des Bauches ergiebt eine ovale, glatte Geschwulst — die stark gedehnte Blase.

Es wurde eine traumatische Ruptur der Harnröhre, Urininfiltration und Retention diagnosticirt.

Ich schritt sofort zur Operation. Bauch, Scrotum, Penis, Perineum und der obere Teil beider Oberschenkel wurden rasirt und gewaschen, der Kranke chloroformirt und in Steinschnittlage gebracht. Der Hautschnitt wurde genau in der Mittellinie, von der Basis des Gliedes durch das Scrotum bis zum After geführt. Die Haut

war stark serös infiltrirt, wobei viel Exsudat ausfloß. Nachdem die Haut in ihrer ganzen Ausdehnung gespalten wurde, schnitt ich die oberflächliche Perinealfascie ein und gelangte sofort in eine mit zahlreichen Blutgerinnseln und stinkender Flüssigkeit gefüllte Höhle. Die Fascie wurde bis an die Grenzen des Hautschnittes gespalten, die beiden Hälften des Hodensackes und die Ränder der Perinealwunde mit stumpfen Haken auseinander gehalten und die Höhle gereinigt.

Sobald alle Blutgerinnsel mit den Fingern entfernt wurden und die Höhle mit Sublimatlösung gewaschen, konnte ich mich überzeugen, daß die Harnröhre im Bereich des stark blutenden Bulbus quer gerissen war. Der 3 cm lange periphere Anteil der Urethra war aus der Umgebung vollständig herausgelöst und hing frei am oberen Abschnitt der Wunde. Die Blutstillung dauerte ziemlich lange; dann wurden noch am Hodensack jederseits zwei Längsschnitte und über der Symphyse ein Schnitt in der Mittellinie und zwei seitliche gemacht. Alle Wunden wurden mit Jodoformgaze austamponirt, am festesten die Wunde in der Mittellinie, um die Blutung aus dem Schwellkörper der Urethra zu stillen. Den centralen Abschnitt der Harnröhre habe ich gar nicht gesucht, auch keinen Katheter in die Blase eingeführt. Feuchter, nach jedem Uriniren erneuerter Sublimatverband.

Weiterer Verlauf ungestört, kein Fieber. Am nächsten Tage war die Blase noch beträchtlich mit Harn gefüllt, Pat. ließ jedoch stündlich durch die Wunde geringe Quantitäten Urin und fühlte keinen Harndrang. Am dritten Tage war die Blase schon vollständig leer. Die Reinigung der Wunde ging langsam von Statten; als die Wundfläche normal zu granuliren begann, wurde am Ende der zweiten Woche ein Dauerkatheter in die Blase eingelegt. Der erste Versuch mit dem Katheter mißlang, da die Aufsuchung des centralen Harnröhrenabschnittes bedeutende Schwierigkeiten bot. Es wurde daher der Kranke angewiesen, den Urin bis zum nächsten Verbandwechsel zu halten. Am nächsten Tage wurde Pat. in Steinschnittlage gebracht, die Wundränder auseinandergezogen und er selbst aufgefordert, Urin zu lassen. Als Wegweiser beim Einlegen des Katheters diente die Richtung des Urinstrahles. Nach vielem Suchen gelang es endlich, die Oeffnung zu finden, aus welcher der Harn hervorströmte; es wurde ein Nélaton'scher Katheter in die Blase eingeführt, am Penis befestigt und als Verweilkatheter liegen gelassen. Die Wunde begann sich rasch zu verkleinern. Der Katheter wurde alle 3—4 Tage gewechselt und die Blase täglich mit Borsäurelösung ausgespült. Am 7. September bestand an Stelle der Wunde eine enge Fistel; es wurde damals der

Katheter entfernt und mit täglichem Sondiren begonnen. Binnen wenigen Tagen ließ die Harnöhre die Sonde No. 22 passiren. Es ist dies die dickste Nummer, welche in diesem Fall durch die äussere Harnröhrenmündung eingeführt werden kann.

Gegenwärtig besteht am Perineum eine für das unbewaffnete Auge unsichtbare, jedoch von Zeit zu Zeit einen Tropfen Harn secernirende Haarfistel.[1]) Der Harn ist normal sauer, vollständig klar und wird mehrmals täglich in dickem und kräftigem Strahl entleert.

M. H.! Sie sehen hier ein Individuum, dessen Zustand vor kaum drei Monaten verzweifelt, ja fast hoffnungslos war, und welches dank einem sehr einfachen Eingriff, nämlich einem Hautschnitt, nicht nur gesund und arbeitsfähig wurde, sondern auch die normale Wegsamkeit der Harnröhre wiedererlangte. Ich werde kaum irren, wenn ich behaupte, dass dieses in jeder Hinsicht günstige Resultat zweien Umständen zu verdanken ist: dem Umfange des Hautschnittes und unserer Zurückhaltung gegenüber einem Verweilkatheter sofort nach der Operation.

Was den Hautschnitt betrifft, will ich nur bemerken, daß derselbe nie zu groß ist; je größer der Schnitt, um so freier der Secretabfluß aus der Wunde, um so eher vermeiden wir eine weitere Infiltration des paraurethralen Bindegewebes und Fistelbildung, welche die normale Heilung in so hohem Maße beeinträchtigen. Ueberall dort, wo nach einem Trauma der Harnröhre eine Gerinnsel, Eiter, Harn u. s. w. enthaltende Geschwulst entsteht, soll mittels eines weiten Schnittes die Höhle eröffnet, ihre Wandung vollständig gespalten werden, um so für die Krankheitsproducte einen breiten Abflußweg zu schaffen. Wenn die Geschwulst, wie dies bei unserem Kranken der Fall war, hoch hinauf über den Hodensack reicht, so zögere man nicht, denselben in zwei Teile zu spalten, denn nur so wird man im Stande sein, die Höhle genau zu reinigen, die Blutung zu stillen und den Umfang der Verletzung zu übersehen. Natürlich müssen wir dabei vorsichtig zu Werke gehen, um die Scheidenhaut der Hoden nicht zu verletzen; man erreicht dies am besten, wenn man genau in der Mittellinie schneidet. Solches Verfahren macht die Drainage überflüssig; die Höhle wird fest mit Jodoformgaze tamponirt, welche zugleich die Blutung aus dem Corpus cavernosum urethrae stillt.

Die weitere Behandlung nach Spaltung des Perineum besteht gewöhnlich in Aufsuchung des centralen Abschnittes der Harnröhre und Einführung eines Dauerkatheters; in neuerer Zeit wird hier und da,

---

[1]) Die Fistel hat sich schnell nach der Entlassung geschlossen.

sei es sofortige Naht der durchtrennten Urethra, sei es eine Etagennaht der Weichteile ohne Vernähung der Urethra empfohlen; man will dadurch eine möglichst dünne Narbe erhalten, welche vor secundärer Harnröhrenstrictur schützen soll. Wie aus der angeführten Krankengeschichte ersichtlich, haben wir in unserem Fall diesen Teil der Operation ganz weggelassen und uns ausschließlich auf einen Hautschnitt beschränkt; wir haben den Kranken willkürlich uriniren lassen und jedwede Einführung von Instrumenten in die Blase die ganzen zwei Wochen hindurch sorgfältig gemieden. Ein Verweilkatheter wurde erst eingelegt, nachdem die Wunde sich ganz gereinigt hatte und zu granuliren begann. Ich gestehe, daß dieses Verfahren kein ideales ist, es war aber meines Erachtens unter den gegebenen Verhältnissen das Richtigste. Während nämlich die primäre Naht der Harnröhre oder des Perineum in Fällen von traumatischer Strictur berechtigt erscheint und geübt werden soll dort, wo nach Resection des verengten Abschnittes der Harnröhre eine frische, nicht inficirte Wunde vorliegt, darf dieses Verfahren bei traumatischen, während der Operation keineswegs sterilen Wunden nicht in Anwendung kommen.

Eine Ausnahme bilden vielleicht frische Rupturen, welche sofort nach dem Unfall auf den Operationstisch gelangen. Solche Fälle kommen jedoch leider sehr selten vor; gewöhnlich vergehen seit dem Unfall viele Stunden, bis sich der Kranke entschließt, chirurgische Hilfe zu suchen. In der Regel ist dann sein Zustand ein sehr schwerer: schwacher Puls, Urininfiltration, dabei spontane oder durch erfolglose Katheterisationsversuche hervorgerufene Infection — das ist das häufigste Bild. In solchen Fällen wird man sich thatsächlich kaum entschließen, den Kranken einem langwierigen und unseres Erachtens gefährlichen Eingriffe zu unterziehen, nämlich der Katheterisation und Aufsuchung des centralen Harnröhrenabschnittes; es wird an eine Naht der Urethra oder des Perineums kaum zu denken sein. Das Aufsuchen der Harnröhre allein ist gewöhnlich schon sehr langwierig, ebenso die Naht derselben und die Etagennaht des Perineums. Abgesehen davon, daß die Erfolge obiger Methode unter den gegebenen Verhältnissen niemals günstig sind und daß selbst in den glücklichsten Fällen stets eine größere oder kleinere, durch Granulation heilende Fistel zurückbleibt, möchte ich hier hauptsächlich darauf aufmerksam machen, daß eine sofortige Katheterisation der Blase den Kranken der Gefahr einer aufsteigenden schweren Infection der Nieren und Nierenbecken aussetzen kann. Denn der selbst am sorgfältigsten desinficirte und eingeführte Katheter wird auf seinem Wege durch die septische Höhle

inficirt und bringt in die gedehnte und hyperämische, also für Infection höchst empfängliche Blase Fäulnisproducte. Ueberdies bildet der in der Harnröhre liegende Katheter einen Weg, welchen stets die Bacterien benutzen, um in die Blase und die höher gelegenen Organe zu gelangen. Dieses Verfahren steht in Widerspruch mit den Regeln der aseptischen Chirurgie, wonach wir gesunde Gewebe vor Berührung mit Fäulnisproducten schützen und septische Wunden mittels Naht nicht schließen sollen. Deshalb habe ich jede Manipulation in der Wunde und jede primäre Katheterisation für contraindicirt gehalten. Der Dauerkatheter wurde erst eingelegt, nachdem nach genauer Reinigung der Wunde die Gefahr einer Blaseninfection vorüber war.

Wie wir sehen, waren die Erfolge unserer Methode für den Kranken sehr günstig. Die Blase war nach der Operation steril, der septische Herd blieb auf die Wunde localisirt und die Durchgängigkeit der Harnröhre wurde vollständig hergestellt. Zwar ist der Kranke zu einer längeren Bougirung in der Zukunft verurteilt, um einer Strictur entgegenzuwirken, doch muß diese Vorsichtsmaßregel auch nach primärer Naht der Urethra oder des Perineums beobachtet werden, denn an der Stelle der Verletzung entsteht immer eine periurethrale Narbe, welche das Lumen verengt. Wenn derartige Fälle nicht systematisch behandelt werden, können sie zur Quelle einer schweren Harnröhrenstrictur werden und mit der Zeit eine Resection der Narbe erfordern.

Ende August 1899 hatte ich Gelegenheit, den Patienten wieder zu sehen. Patient unterbrach die Sondirung gegen Januar 1899. Er giebt jetzt den Harn in dickem Strahl 3—4mal täglich ab, die Narbe am Perineum ist weich und kaum sichtbar, die sexuellen Functionen sind vollständig erhalten.

Eine Verbesserung meines Harnleitercystoskops.

Dr. **Leopold Casper** (Berlin).

Nachdem ich vor $5^1/_2$ Jahren ein Cystoskop zum Katheterismus der Ureteren angegeben habe[2]), ist es von dieser Untersuchungsmethode nicht mehr still geworden. Allerorten regte sich das Interesse, und ich muss zu meiner Freude sagen, daß es von Jahr zu Jahr noch zunimmt. Viele Hunderte von Collegen aus aller Herren Länder sind zu mir gekommen und haben sich von der Einfachheit und Sicherheit der Methode überzeugt. Ein Theil derselben hat sich die Fertigkeit, sie selbstständig zu gebrauchen, angeeignet.

Da mein Instrument, wie ich es damals beschrieb, das erste war, mit welchem die genannte Methode practisch in weiteren Kreisen geübt wurde, so ist es naturgemäß, daß ihm dieser oder jener Mangel anhaftete. Denn das sehen wir übereinstimmend, daß Verbesserung und Vervollkommnung eines Instrumentariums sich erst aus dem Gebrauch, aus der Praxis herausbilden.

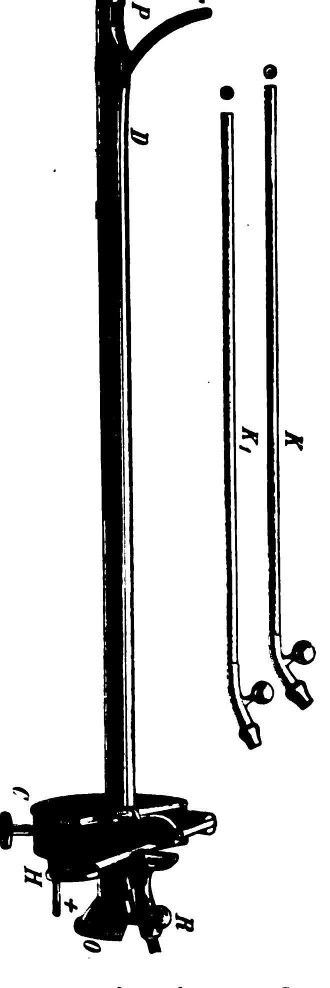
Das mag wohl der Grund gewesen sein, weshalb andere Forscher ein anderes Instrument für den gleichen Zweck zu construiren bestrebt waren und auch construirten. Es ist nicht meine Absicht, hier in eine Kritik dieser Cystoskope einzutreten. Ich stehe auf dem Standpunkt, daß die Methode an sich einen großen Wert hat; mit welchem Apparat man sie übt, ist gleichgiltig. Und hier geht es so, wie mit allen derartigen Dingen: dasjenige Instrument wird einem als das beste erscheinen, mit dem man die größte Uebung im Arbeiten hat.

Nur das Eine möchte ich hervorheben, daß bei allen jetzt im Gebrauch stehenden Instrumenten das von mir proclamirte Princip, dem Ureterenkatheter eine regulirbare Krümmung zu geben, gewahrt ist.

---

[2]) Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 30. Januar 1895.

Ich setze die Construction meines Instruments bei den Lesern als bekannt voraus. Ich will nur noch einmal diejenigen Besonderheiten hervorheben, welche es auszeichnen.



1. Der Ureterkatheter (*C*) hat eine **veränderliche Krümmung,** mit anderen Worten, seine Spitze kann in verschiedene Ebenen gebracht werden. Dies habe ich dadurch erreicht, daß ich den Katheter (*C*) in einem Canal ruhen lasse, dessen obere Wand ein verschiebbarer Deckel (*D*) bildet. Je weiter man den Deckel (*D*) nach vorn, vesicalwärts, schiebt, um so enger wird der Spalt, aus welchem der Katheter herauskommt, und um so größer wird dessen Krümmung, je weiter man den Deckel (*D*) zurückzieht, um so größer wird jener Spalt und um so weniger gebogen verläßt der Katheter den Canal.

2. ist man mit meinem Instrument in der Lage, den Ureterkatheter (*C*) im Ureter liegen zu lassen und das Metallinstrument zu entfernen, oder man ist im Stande, nachdem man einen Ureterkatheter in einen Ureter eingeführt hat, einen zweiten Ureterkatheter in den anderen Harnleiter einzuführen und auch diesen an Ort und Stelle zu belassen. Auch das wird durch die Deckelconstruction des Canals ermöglicht, und zwar in folgender, sehr einfacher Weise:

Hat man den Katheter in den Harnleiter eingeführt, so schiebt man ihn ein gut Teil nach aufwärts und zieht nun, während ein Assistent den Katheter festhält, den Deckel des Instruments ganz heraus. Der Katheter liegt jetzt im Ureter, der Blase und der Rinne des Cystoskops; sein äusseres Ende ragt am Orificium externum urethrae heraus. Jetzt schiebt man den Deckel unterhalb des Katheters wieder in die Rinne hinein, so daß der Katheter aus der Rinne herausgehebelt wird und

nunmehr zwischen Instrument und Harnröhrenwand liegt. Dann kann man unabhängig vom Katheter das Cystoskop entfernen, oder aber durch den frei gewordenen Canal einen zweiten Katheter in den zweiten Ureter hineinbringen. Von wie großer Bedeutung dieses gleichzeitige Auffangen von Harn aus beiden Nieren bei gewissen Verhältnissen sein kann, das auseinanderzusetzen ist hier nicht der Ort.

Diese beiden Hauptprincipien, welche dem Instrument das eigenartige Gepräge geben, sind auch bei der jetzigen Verbesserung festgehalten worden, weil sie sich in der Praxis durchaus bewährt haben. Die Veränderungen beziehen sich auf einige andere Punkte.

1. habe ich das Doppelprisma am Ocularende fortfallen lassen. Wir hatten diese Construction ursprünglich gewählt, um den Canal für den Ureterkatheter völlig gerade haben zu können. Das ist gewiß ein Vorteil, aber das Doppelprisma raubt etwas Licht, und da es von größter Wichtigkeit ist, helles Licht zu haben — denn manchmal sind die Ureterenmündungen so winzig, daß sie nur bei sehr guter Beleuchtung erkennbar werden —, so nehmen wir eine ganz schwache Biegung des Katheterkanals in den Kauf und sind dafür zum Entgelt das Doppelprisma los geworden. Die geringe Krümmung am Ocularende ist bei *R* angedeutet. Um sie so gering wie möglich machen zu können, haben wir den Trichter *O*, welcher das Ocular schützt, ausgeschnitten, wie aus der Figur ersichtlich ist. In diesem Ausschnitt endigt der Kathetercanal.

2. haben wir zur Verschiebung des Deckels (*D*) nach vorn und rückwärts einen Hebel (*H*) angebracht, mit dem die Einstellung des Deckels viel besser und sicherer regulirt werden kann als früher. Der Hebel liegt zwischen zwei die Verlängerung des Deckels darstellenden Zapfen. Schiebt man den Hebel etwas nach vorn vesicalwärts, so rückt der Deckel um ein Gleiches vor und vice versa.

3. **kann man jetzt mit diesem Instrument Katheter verschiedener Stärke in die Ureteren bringen,** und das ist das Punctum saliens, die wichtigste und wertvollste Verbesserung des Cystoskops. Thatsächlich war es ein Uebelstand meines früheren Harnleitercystoskops, daß es nur einen sehr feinen Katheter einzuführen gestattete. Hatte man es z. B. mit dickem Eiter im Nierenbecken zu thun, so verstopfte sich der dünne Katheter gar zu leicht, auch wurde keine genügende Drainage in solchen Fällen mit dem Katheter erreicht.

Es ist mir nun gelungen, diesen Uebelstand zu beseitigen. Wir können dünne und dicke Katheter, bis zu Charrière 8, in die Ureteren bringen, ohne daß das Metallinstrument darum stärker geworden wäre. Es hat nach wie vor ein Caliber von etwa 23 Charrière. Die Einrichtung, welche das ermöglicht, ist folgende.

Der Umfang des Canals, welcher die Optik trägt, ist etwas kleiner gearbeitet, der Canal, der zur Aufnahme des Ureterkatheters bestimmt ist, etwas größer. In diesen Canal, der wie bei den früheren Instrumenten durch den abziehbaren Deckel (D) geschlossen wird, kann man Röhren (K und K_1) einschieben, welche außen in ihrem Umfang den Canal ausfüllen, innen aber verschiedene Lichtung haben, bald eine enge, bald eine weite. Diese Röhren, K und K_1, welche durch die entsprechenden Katheter so ausgefüllt werden, daß kaum einige Tropfen des in der Blase befindlichen Wassers durchsickern, sind $17^1/_2$ cm lang. Anfänglich hatte ich sie kürzer machen lassen; dabei zeigte sich aber, daß das Blasenspülwasser durch den Spalt, welchen der Deckel läßt, heraustropfte, was beim Arbeiten immerhin ein wenig störend ist. Dieser Uebelstand ist so gut wie ganz dadurch beseitigt worden, daß die Röhren länger gearbeitet worden sind.

Will man nun einen Verweilkatheter im Ureter lassen oder beide Ureteren zugleich katheterisiren, so geht man genau so vor wie vorher beschrieben, nur daß man vorher das betreffende Rohr (K oder K_1) über den Katheter herüberziehen muß und erst dann den Deckel (D) entfernen kann. Ist das geschehen, so schiebt man zuerst den Deckel wieder ein und führt nun das erwünschte, mit Katheter versehene Rohr nach.

Die Vorteile, welche die Möglichkeit, größere Katheter in die Ureteren hineinzubringen, gewährt, sind in die Augen springend. Ich werde in nicht allzulanger Zeit Gelegenheit haben, wieder einige Erfahrungen, die ich mit dem Harnleiterkatheterismus gemacht habe, mitzuteilen und hierbei darauf zurückkommen. Für heute lag mir nur daran, den Herren Collegen diese Verbesserung bekannt zu geben, damit sie auch ihrerseits davon Gebrauch machen können.[3])

---

[3]) Das neue Instrument wird von W. A. Hirschmann, Berlin, verfertigt.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Albert: **Atresia ani et urethrae. Defect der linken Niere.** (Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden, Sitzung am 16. November 1899. Centralblatt für Gynäkologie 1900, No. 9.)

Ein männliches Kind wurde nach regelrechter Schwangerschaft von einer gesunden Zweitgebärenden sechs Wochen zu früh geboren; es war intra partum abgestorben. Aeußerlich ist es vollkommen normal entwickelt und hat keine Zeichen von Lues. Auffallend ist nur die starke Auftreibung des Leibes, welche einen wohl mannsfaustgroßen Tumor im Abdomen vermuten läßt. Ferner besteht eine vollkommene Atresia penis et ani ohne sichtbare anatomische Veränderung dieser Gebilde. Die Hoden sind noch nicht in das Scrotum herabgetreten. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der ganze Dickdarm prall von Meconium erfüllt und die Blase in einen birnenförmigen, prall elastischen Tumor verwandelt; im unteren Teil ist der Tumor derb, fast solide, sein Durchmesser beträgt an dieser Stelle 3—4 cm, während der Durchmesser im oberen dünnwandigen Abschnitt etwa 7—8 cm beträgt. Die Innenfläche ist glatt und glänzend, die Wand im oberen Teil ist $^1/_2$ cm dick, diejenige im unteren Teil bis $^3/_4$ cm dick und besteht mikroskopisch aus normalem Muskelgewebe. Während die linke Niere vollständig fehlt und an ihrem Platz sich eine normale Nebenniere

befindet, gehen von der rechten, etwas atrophischen Niere zwei Ureteren aus nach dem Blasenhals: der rechte Ureter entspringt auf der vorderen Fläche im Nierenbecken und verläuft geschlängelt und bis bleistiftdick ausgedehnt nach abwärts. Der linke Ureter ist außerordentlich fein und nimmt seinen Weg von dem unteren Pol der Niere ziemlich gestreckt nach der Blase. Es macht den Eindruck, als ob die verkümmerte linke Niere mit der rechten verwachsen sei; erstere wäre dann nur etwa erbsengroß.

Immerwahr (Berlin).

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Adolf Jolles: **Neue Mitteilungen aus dem Gebiet der Methodik der Harnuntersuchungen.** (Vortrag im Wiener med. Doctoren-Collegium vom 12. März 1900. Wiener klin. Rundschau 1900, No. 11.)

Auf Grund seiner zahlreichen Erfahrungen gelangt J. zu der Ansicht, daß die Knop-Hüfner'sche Methode (direct Bromlauge auf den Harn) und die Riegler'sche Methode (directe Einwirkung von Millon'schem Reagens) selbst für klinische Zwecke mit relativ großen Fehlerquellen behaftet sind, wogegen die Pflüger'sche Modification des Bunsen'schen Verfahrens (Behandlung des Harns mit Phosphorwolframsäure zur Entfernung der anderen stickstoffhaltigen Bestandteile, Bestimmung des Stickstoffes im Filtrat) befriedigende Ergebnisse liefert. Dasselbe gilt von der Freund-Töpfer'schen Methode (Fällung des isolirten Harnstoffes mit ätherischer Oxalsäurelösung), besonders wenn im entstandenen Niederschlag der Stickstoff nach Kjeldahl bestimmt wird, während die Bestimmung des Harnstoffes durch Titration der an ihn gebundenen Oxalsäure etwas zu hohe Resultate liefert. Eine Abkürzung des Freund-Töpfer'schen Verfahrens läßt sich ohne Beeinträchtigung der Genauigkeit erreichen, wenn man die Stickstoffbestimmung nach Kjeldahl durch die volumetrische Messung des Stickstoffes ersetzt, den man in einem Azotometer mittels Bromlauge aus dem oxalsauren Niederschlag entwickelt, wodurch die Stickstoffbestimmung in wenigen Minuten vollendet ist. Auch bei der Pflüger'schen Methode konnte eine Abkürzung des Verfahrens dadurch erreicht werden, daß anstatt des 24stündigen Stehens des Harns mit Phosphorwolframsäure bei gewöhnlicher Temperatur ein kurzes Erwärmen auf dem Wasserbade unter Umrühren und nachheriges vierstündiges Stehen als vollkommen genügend befunden wurden. Ferner läßt sich auch hier die zeitraubende Stickstoffbestimmung nach Kjeldahl vorteilhaft dadurch umgehen, daß ein abgemessenes Volumen des Filtrats in das Schüttelgefäß des Azotometers gebracht und der durch Bromlauge frei gewordene Stickstoff volumetrisch bestimmt wird. Die Anwendung eines Schüttelgefäßes ermöglicht die glatte Austreibung des Stickstoffs.

Bezüglich des Nachweises von Eiweiß im Harn weist J. darauf hin, daß die Essigsäure-Ferrocyankaliprobe unter Umständen durch die intensive Gelbfärbung, welche durch die Anwesenheit von Nitriten im Harn bedingt sein kann, eine zuverlässige Beobachtung nicht gestattet. Bezüglich der Kochprobe macht er darauf aufmerksam, daß die Coagulation des Serumalbumins im Harn durch gleichzeitige Anwesenheit von Salzen begünstigt wird, so daß es sich empfiehlt, jedem Harn vor dem Ansäuern und Kochen etwas Kochsalz oder Natriumsulfat hinzuzusetzen. Zur Constatirung von quantitativ nicht bestimmbaren Eiweißmengen empfiehlt J. folgende Probe: 4 bis 5 ccm von dem vorher filtrirten Harn werden mit 1 ccm Essigsäure (30 pCt.) angesäuert, hierauf 4 ccm von dem Reagens

Hydrarg. bichlor. corros. . .	10,0
Acidi succinici	20,0
Natr. chlor.	20,0
Aq. destill.	500,0

hinzugefügt und geschüttelt. In einem zweiten Reagensglase versetzt man 4—5 ccm Harn ebenfalls mit 1 ccm Essigsäure, fügt aber statt des Reagens die entsprechende Menge destillirtes Wasser, also circa 4 ccm, hinzu und schüttelt um. Durch Vergleichung beider Proben lassen sich noch mit Sicherheit Eiweißspuren constatiren, die durch die Ferrocyankaliprobe absolut nicht mehr zu erkennen sind. Ein Vorzug der Probe besteht auch darin, daß sich mittels derselben Mucin und Nucleoalbumin von Albuminspuren sicher differenziren lassen.

Hierauf bespricht J. eine neue Reaction, die er bei Versuchen über die Oxydation von Harnbestandteilen constatirt hat und von der er sich, sobald genügendes Beobachtungsmaterial, namentlich an Kliniken, vorliegen wird, diagnostische Verwendbarkeit verspricht. Durch Chlorbarium werden aus angesäuerten Harnen gewisse organische Harnbestandteile gefällt, aus genau neutralisirten Harnen fällt Chlorbarium außer diesen noch eine Reihe anderer Harnsubstanzen (z. B. gewisse Fettsäuren, Farbstoffe, einige Purinbasen etc.). Alle diese organischen Substanzen werden vom Permanganat oxydirt und der Permanganatverbrauch giebt einen Maßstab für ihre Quantität. Nun wurde von J. beobachtet, daß zur Oxydation des aus dem neutralen Harn ausgefällten Niederschlages bei normalen Harnen zwei- bis dreimal soviel Permanganat verbraucht wird, als zur Oxydation der Fällung aus saurer Lösung. In pathologischen Fällen ist oft eine Verschiebung dieses Verhältnisses zu verzeichnen. Ferner hat J. bei einer großen Zahl von Harnen die Sauerstoffmenge festgestellt, welche bei der Oxydation des Chlorbariumniederschlages mit Permanganat verbraucht wird, und hat hier ebenfalls für normale Harne eine relativ wenig variable Zahl gefunden, ca. 198—243 mg Sauerstoff für den Niederschlag aus 1 l Harn. Diese Zahlen sind insofern von Bedeutung, als ein größerer Sauerstoffverbrauch auf einen genügenden Oxydationsverlauf innerhalb des Organismus schließen läßt.

Lubowski.

Murray Cowie (Michigan): **The Sudan III stain for the Tubercle Bacillus.** (The New York Medical Journal, 6. Januar 1900.)

Verf. hat die von Dorset angegebene Färbemethode für Tuberkelbacillen (cf. diese Zeitschrift, Jahrgang 1899, pag. 334) einer Nachprüfung unterzogen. Die Untersuchungen ergaben ein völlig negatives Resultat, auch Dorset selbst hat mit Sudan III, welches ihm später von demselben Fabrikanten (Merck & Co.) nachgeliefert wurde, nicht seine ersten Ergebnisse bestätigt gefunden. Der Grund hierfür liegt darin, daß Sudan III keine reine Substanz ist und keine constante chemische Zusammensetzung zeigt. Daher fallen auch die Präparate derselben wie verschiedener Fabrikanten meist verschieden aus; dasselbe Präparat wird von den verschiedenen Fabrikanten unter drei Namen in den Handel gebracht, und zwar als Sudan III, als Cerasinrot und als „Rouge cérasine". Es ist zu wünschen, daß man ein dem ersten von Dorset benutzten gleiches Präparat herstellt, damit man die Versuche nachprüfen kann, um eine so wertvolle Färbemethode für klinische Zwecke in die Hand zu bekommen, besonders wo es sich darum handelt, Smegmabacillen und Tuberculose von einander zu differenziren.

Blanck (Potsdam).

Menotti Bucco: **Del precepitato alcoolico del urina normale e patologica.** (Clin. med. ital. 1900, No. 1. Refer. nach Gazz. degli osp. e delle clin. 1900, No. 30.)

Die Ursachen des flockig-weißen Niederschlages, den Alkohol im Urin hervorruft, hat Verf. durch Versuche an Kaninchen, denen er diesen Niederschlag in den Subarachnoidealraum injicirte, zu ergründen versucht. Der Niederschlag, der durch Hinzufügen von drei Volumteilen Alkohol zu einem Teil Urin entsteht, enthält nur wenig organische Bestandteile, besteht vielmehr aus anorganischen Substanzen. Seine Menge wechselt sowohl in normalen wie pathologischen Fällen ganz individuell. Geringe Mengen des Niederschlages (etwa 1 cg in 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung) rufen beim Kaninchen Ermattung, Dyspnoe und Hypothermie hervor, namentlich wenn viel organische Substanzen darin enthalten sind. Bei subcutaner Einverleibung sind wenigstens 30 mal größere Mengen nötig. Zuweilen treten auch Paresen und Paralysen der Glieder und der Blase, tonische und klonische Krämpfe, Pupillenveränderungen und Coma auf. Der organische Anteil vom Niederschlag bei gesunden Menschen führt nie zum Tode der Tiere, wohl aber bei Entnahme von kranken Menschen (Achylia gastrica, Malaria, Epilepsie). Dieselbe Dosis, von kleinen wie von reichlichen Niederschlägen entnommen, hatte häufig gleich deletäre Wirkungen, so daß es scheint, als wenn die Menge des Niederschlags den toxischen Wert nicht beeinflußte. Wenn man den Niederschlag gekocht hat, so ist er unschädlich geworden, wenn er auch vorher todbringendes Gift enthielt. Injicirt man allein den anorganischen Anteil des Niederschlags, so sind die Symptome relativ sehr

leicht. Am constantesten ist noch die Temperaturerhöhung. Als Ursache der Toxinwirkung des Urins muß man demnach eine oder eine Mehrheit von organischen Substanzen in demselben ansehen, die durch Alkohol fällbar sind. Dreyer (Köln).

Dr. M. Michaelis: **Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung der Diazoreaction bei Phthisikern.** (Berliner klinische Wochenschrift 1900, No. 13.)

Die Diazoreaction besteht darin, daß bei Mischung des Harns mit bestimmten Reagentien derselbe eine rosa bis rote Farbe annimmt. Die Reaction findet sich nur bei pathologischen Harnen, nie im Harn des gesunden Menschen. Sie ist ferner unabhängig vom Fieber, kann also auch bei völlig fieberfreien Patienten in intensivster Weise auftreten. Je nach ihrem Vorkommen oder Nichtvorhandensein kann man die gesamten Krankheiten in vier Gruppen einteilen. Als erste Gruppe bezeichnet Verf. die, bei der die Diazoreaction so gut wie nie vorkommt. Es sind dies chronische Organerkrankungen, wie Rückenmarkskrankheiten, Geisteskrankheiten, Nierenerkrankungen, chronische Herzaffectionen, die durch Arteriosclerose bedingt sind, maligne Tumoren, kurz, alle derartigen Processe, welche mit acuten oder chronischen bacteriellen Infectionen nichts zu thun haben. Findet man bei diesen eine Diazoreaction, so handelt es sich bei ihnen nach Verf. meist um secundäre, bacterielle Infectionen. Zu der zweiten Gruppe rechnete Verf. Krankheiten, bei denen die Diazoreaction für gewöhnlich aufzutreten pflegt, wie z. B. Typhus abdominalis und die Masern. Die dritte Gruppe bilden Krankheiten, bei denen die Diazoreaction nur selten vorkommt und dann nicht sowohl diagnostisch, wie vielmehr für die Prognose zu verwenden ist, so z. B. die Diphtherie und Pneumonie. Als vierte Gruppe und für sich betrachtet Verf. die tuberculösen Processe. Für sie ist die Diazoreaction von besonderer Bedeutung. Oft wird sie hier einen Hinweis auf die Diagnose geben und speciell in prognostischer Beziehung für diese von hervorragendem Wert sein. Hat man länger dauernde Diazoreactionen bei fieberlosen Kranken, so wird dies in weitaus der Mehrzahl der Fälle auf Tuberculose hinweisen. Differentialdiagnostisch ist das Auftreten von Diazoreaction bei Ascites für tuberculöse Peritonitis gegen Lebercirrhose zu verwerten, wenn sie auch hin und wieder bei Peritonitis carcinomatosa auftritt. Diazoreaction bei Meningitis weist ebenfalls auf Tuberculose gegenüber den anderen Infectionen hin. Fränkel und Troje betrachten die Diazoreaction als notwendig zur sicheren Diagnose der acuten käsigen Pneumonie. Ebenso pflegt die Diazoreaction bei der Miliartuberculose nie zu fehlen. Bei Pleuritis exsudativa spricht sie nach Clemens entschieden für den tuberculösen Character der Affection. Ebenso ist ihr Auftreten bei Pericarditis gegenüber der rheumatischen zu verwerten. Von hervorragender Bedeutung ist das Vorhandensein einer ausgesprochenen Diazoreaction für die Prognose der Lungenphthise selbst. Phthisen mit ausgesprochener Diazoreaction geben eine absolut schlechte Prognose.

Als Reagens benutzte Verf. ausschließlich das von Ehrlich zuerst empfohlene. Die Zusammensetzung ist folgende:

Acidi sulfanilici	2,5	Reagens A
Acidi muriatici .	25,0 : 500,0	
Natrii nitrosi .	0,5 : 100,0	Reagens B.

Es werden von Reagens A 49 ccm, von Reagens B 1 ccm genommen; A und B gut durchgeschüttelt. Dann wird zu ca. 5—10 ccm Urin die gleiche Menge Reagens A und B gemischt und schießlich zu dem Gemenge 1:10 bis 1:8 der Gesamtflüssigkeitssäule Ammoniak hinzugegossen. Es entsteht dann dort, wo die Reaction vorhanden ist, eine Rosa- bis Dunkelrotfärbung des Schüttelschaums und des Urins. Nur diese Rotfärbung ist als typische Diazoreaction anzusprechen. Sollte man im Zweifel sein, ob die Reaction positiv ausgefallen, so lasse man den Urin stehen. Es bildet sich dann in den positiven Fällen nach wenigen bis 24 Stunden ein dunkelgrüner Niederschlag. Die Anstellung der Reaction verlangt frische Bereitung des Reagens in exacten Mengenverhältnissen.[4]) Das Ammoniak darf nicht tropfenweise unter Umschütteln zugesetzt werden, sondern in einem Schuß etwa 1:8 der Flüssigkeitsäule. Als Fehlerquellen der Diazoreaction kommt in Betracht erstens, daß man eine positive Reaction im Harn bei innerlichem Verabreichen von Naphthalin oder Chrysarobin erhält. Wichtiger noch, besonders für die Phthisen, ist die Beobachtung von Burghart, daß durch innerliches Darreichen von Gallussäuren und Gerbsäuren, Tannigen, Tannalbin etc. das Auftreten der Diazoreaction im Harn verhindert wird.

Bezüglich der Bedeutung des Auftretens der Diazoreaction bei Phthisikern hat Verf. seine Erfahrungen dahin zusammengefaßt, daß das Auftreten der R ction im Harn eine ungünstige Prognose giebt und weitaus die Mehrzahl der Fälle in weniger als einem halben Jahre zum Exitus kommt. Von September 1896 bis Ostern 1899 hat Verf. 106 Fälle untersucht. Die Zahl der angestellten Reactionen betrug 1028. Positive Diazoreactionen boten 75, dauernd negative 31. Von den 31 Patienten mit negativer Diazoreaction wurden entlassen als geheilt 2, gebessert 5, ungeheilt 2 und 2 starben. Von den 75 mit positiver Diazoreaction wurden entlassen als geheilt 0, gebessert 8, ungeheilt 7 und 58 starben. Diese Zahlen sind durch weitere Untersuchungen, die vom Verf. in Gemeinschaft mit Claude Flamand bis zum 1. Januar 1900 ausgeführt wurden, bestätigt worden. In dieser Zeit wurden 61 Fälle mit 725 Einzeluntersuchungen beobachtet. Von 25 Patienten mit negativer Diazoreaction wurden entlassen als geheilt 3, gebessert 18, ungeheilt 3 und 1 starb. Von 36 Patienten mit positiver Diazoreaction wurden entlassen als geheilt 0, gebessert 7, ungeheilt 6, während 22 starben.

Diese Zahlen sprechen für den Wert der Diazoreaction für die Prognose der Phthisen in überzeugender Weise. Lubowski.

---

[4]) Ueber das von Bruno Ranke zur exacten und bequemen Darstellung der Diazoreaction empfohlene Reagensglas cf. diese Monatsberichte, Jahrgang 1900, Heft 3, Seite 144—145. Anm. des Referenten.

Prof. G. Klemperer: **Demonstration von Phosphaturie und Phosphatsteinen.** (Verhandlungen der Berliner med. Gesellschaft vom 24. Januar 1900. Berliner klin. Wochenschr. 1900, No. 7.)

K. demonstrirt eine Flasche trüben Urins, der in alkalischem Zustande entleert worden ist und dessen Trübung nur aus phosphorsaurem Kalk besteht. Der Urin rührt von einem Patienten her, der die ersten Zeichen der Harntrübung vor drei Jahren bemerkte, nachdem er angeblich schwere Gemütsbewegungen durchgemacht hatte. Patient giebt an, daß er bis dahin gar nicht nervös, seitdem aber neurasthenisch geworden sei. Er kann auch jetzt thatsächlich als ein typischer Neurastheniker bezeichnet werden. Nach dem ersten Jahre des Bestehens dieser Phosphaturie bekam er sehr lebhafte Blasenbeschwerden, aus denen man einen Blasenstein diagnosticirt und durch Lithotripsie sechs etwa erbsengroße, unregelmäßig geformte, grauweiße Concremente entfernt hatte. Hierauf ging es dem Patienten eine Zeit lang gut; dann bekam er so heftige Nierencoliken mit Blutungen, daß man ihn chirurgischer Behandlung überwies. Bei der vorgenommenen Nephrotomie wurden wiederum vier erbsen- bis bohnengroße Phosphatsteine mit reichlichem mörtelartigen, groben Pulver entfernt. Die Wunde hat sich lange nicht geschlossen, und als sie sondirt wurde, mußte man von neuem ein Gemenge von Concrementen und grobem Sand aus phosphorsaurem Kalk herausholen. Die Phosphaturie besteht aber immer noch und wirkt auf den Patienten in hohem Grade deprimirend, da derselbe von Furcht vor neuen Steinbildungen erfüllt ist.

Ohne auf die Krankheit selbst, über welche K. vor kurzer Zeit einen Artikel veröffentlicht hat (cf. diese Monatsberichte 1899, Sei[illegible]654), jetzt einzugehen, bemerkt K., daß die Behandlungsmethoden, mit denen man sonst die Alkalescenz zu verändern strebt, bei dieser nervösen Phosphaturie ganz im Stich lassen. In der citirten Arbeit wies K. darauf hin, daß solche Patienten häufig Hyperacidität des Mageninhalts und Atonie der Magenwände haben, so daß die Salzsäure lange Zeit auf Grund der nervösen Erkrankung des Magens zurückgehalten wird, und daß in dieser Hyperacidität die eigentliche Ursache der Phosphaturie liegt. Es ist klar, daß man, wenn man diesen Patienten Salzsäure giebt, ihnen mehr schadet als nützt. Auch andere Medicamente, wie Terpentin, Kali chloricum und Urotropin lassen vollständig im Stich. Bei dem obigen Patienten haben sich Phosphatsteine gebildet, trotzdem er Monate lang Salzsäure eingenommen hat. Das Leiden ist nur zu heben, wenn es gelingt, das gesamte Nervensystem zu beruhigen. Die Hauptsache ist also die Behandlung des Gesamtorganismus mit den Heilfactoren, die sich gegen Neurasthenie wirksam erweisen; neben Hydrotherapie, Electricität, Bewegung steht die moralische Einwirkung in erster Reihe. Kurz: Phosphaturie und Phosphatnierensteine bedeuten eine Krankheit des Nervensystems und müssen demgemäß behandelt werden.

Lubowski.

Dr. Porges: **Experimenteller Beitrag zur Wirkung und Nachwirkung von Schilddrüsengift.** (Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 14.)

Verf. beschreibt eine seltene Form von Glycosurie, die im Anschluß an experimentelle Schilddrüsendarreichung und als sichere Folgeerscheinung derselben aufgetreten ist und zu den bekannten Störungen der Schilddrüsentherapie eine eigentümliche Alteration des Kohlehydratstoffwechsels hinzufügt. Das betreffende Experiment wurde im medicinischen Laboratorium von Dr. Blum zu Frankfurt a. M., und zwar an einem Hunde, der mehrere Jahre mit Schilddrüsen gefüttert wurde und der auf die Schilddrüsenfütterung intensiver reagirte, als die übrigen Versuchstiere desselben Laboratoriums, ausgeführt. Bei diesem Tiere trat bei Schilddrüsenfütterung jedesmal neben den bekannten Erscheinungen von Fetteinschmelzung und Eiweißzerfall noch ein eigentümliches weiteres Vergiftungssymptom auf, nämlich eine recht beträchtliche Lävulosurie, welche die Eingabe der Schilddrüse um eine beträchtliche Reihe von Tagen überdauerte. Verf. stellt sich den Vorgang derart vor, daß sich die Alteration in dem Kohlehydratstoffwechsel des Versuchshundes in der Weise abspielte, daß bei der teilweisen oder vollständigen Zerlegung des mit der Nahrung verabreichten Rohrzuckers in seine Componenten (Dextrose und Lävulose) der Traubenzucker besser zurückgehalten und ausgiebiger assimilirt wurde, als der Fruchtzucker — ein Verhalten, das den Erfahrungen an Diabetikern entgegengesetzt ist. Um zu entscheiden, ob es sich bei dem Versuchstiere nur um eine durch die Qualität des Zuckers bedingte Glycosurie handele, oder ob die Quantität der verabreichten Kohlehydratnahrung für den durch die Schilddrüseneingabe geschwächten Organismus zu groß geworden sei, so daß früher vollkommen ausgenutzte Kohlehydratmengen jetzt nicht mehr vollkommen assimilirt werden konnten, gab Verf. in einer sechstägigen Nachperiode anstatt Rohrzucker eine äquivalente Menge von Traubenzucker, und zwar an den ersten drei Tagen innerhalb einer Fütterung, an den drei folgenden Tagen in drei Portionen über den ganzen Tag verteilt. Die Lävulosurie ging nun sofort in eine Dextrosurie über, die sogar noch etwas höhere Zuckerwerte darbot.

Bemerkenswert ist der Umstand, daß die Größe der Stickstoff- und Phosphorsäureausscheidung keinerlei Parallelismus mit der Höhe der Glycosurie zeigt; vielmehr sind gerade die an Stickstoff und Phosphorsäure ärmsten Urine die zuckerreichsten der betreffenden Periode gewesen.

In einer zweiten Nachperiode, während welcher die vorhergegangene Alteration des Eiweißstoffwechsels unter Ansteigen des Körpergewichts eine Ausgleichung erfuhr, blieb die Glycosurie bestehen; nur ging dieselbe mit der wieder aufgenommenen Rohrzuckerdarreichung alsbald in eine Lävulosurie über. Verf. hat nachher dem Tiere noch Lävulose verfüttert und später, nach beendigter Glycosurie, einen zweitägigen Versuch mit Phloridzin angeschlossen; auf die Eingabe von Lävulose hin trat zunächst eine be-

trächtliche Vermehrung der Lävulosurie ein, die aber allmählich ebenso abklang, wie die Ausscheidung von Dextrose nach Einverleibung von Traubenzucker. Der Phloridzinverabreichung folgte bei Rohrzuckerfütterung eine geringe Ausscheidung von Dextrose; hierin bot das Tier also keine Verschiedenheit von den anderen Tieren dar. Das vorstehende Tierexperiment giebt also einen neuen Hinweis auf die möglichen Schädigungen des Organismus durch Schilddrüsensubstanz, die, eine gewisse Selbstständigkeit erlangend, als lange anhaltende Glycosurie die Fütterungszeit überdauert hat. Auch bei Menschen sind Glycosurie und vielerlei andere Störungen im Gefolge von Schilddrüseneingabe beschrieben worden. Man müßte in Folge dessen nach Verf. die Schilddrüsentherapie auf das allerengste Gebiet beschränken und nur als Ultimum refugium betrachten. Lubowski.

Henry W. Berg (New York): **Diabète bronzé and the Pathogenesis of Diabetes Mellitus; Illustrated by a Case of Bronze Diabetes Preceded by Basedow's Disease.** (Medical Record, 16. December 1899.)

Der Fall, über den Berg berichtet, ist nicht nur interessant wegen seiner Complicationen, sondern auch geeignet, über die Natur des Diabetes mellitus aufklärend zu wirken. Die 44jährige Frau hatte vor neun Jahren neurasthenische Beschwerden in Verbindung mit Basedow'scher Krankheit, die sich unter geeigneter Behandlung verloren, so daß sie sich bis vor sechs Monaten völlig gesund fühlte. Damals fing sie an, starken Durst zu empfinden, Polyurie, Abmagerung, Herzpalpitationen stellten sich ein. Allmählich zunehmende Pigmentirung des Gesichts seit zwei Jahren. Die Untersuchung ergab: Basedow'sche Krankheit, braune Pigmentirung an verschiedenen Körperstellen, Vergrößerung der Leber, sonst an Brust- und Bauchorganen nichts Besonderes; Urin enthält Spuren von Albumen, 5 pCt. Zucker, spec. Gewicht 1020, kein Aceton. Während der viermonatlichen Beobachtung schwankte der Zuckergehalt zwischen $3^1/_2$ und 7 pCt., Aceton und Acetessigsäure waren bisweilen vorhanden, bisweilen nicht. Alle möglichen medicamentösen und diätetischen Mittel kamen in Anwendung, ohne daß sich der Zustand unter der Behandlung verschiedener Aerzte besserte; der Diabetes war ein schwerer und nahm eher zu, Oedeme und Ascites stellten sich ein, wohl in Folge der hypertrophischen Lebercirrhose. In Folge der Symptome (Diabetes, Broncefärbung der Haut, hypertrophische Lebercirrhose) stellte Verf. die Diagnose auf „Diabète bronzé (Hanot und Chauffard)“, der durch gleichzeitige Basedow'sche Krankheit complicirt war. Es wird die Pathologie des Diabète bronzé beschrieben, die Natur, Quelle und Pathogenese des Hautpigments, das sich übrigens auch öfter bei Basedow'scher Krankheit findet, erörtert. Es differirt von dem für Morbus Addisonii characteristischen Pigment durch seinen Sitz (niemals auf Schleimhäuten!) und seine Zusammensetzung (Eisen). Sodann geht Verf. auf das nicht seltene Zusammentreffen von Diabetes und Basedow'scher Krankheit ein. Die Ursachen des Diabetes sind außer in organischen Er-

krankungen der Leber und des Pancreas — hier folgt eine genaue Besprechung der Nervenversorgung dieser Organe — zweitens in Erkrankungen der sympathischen Nerven und Ganglien dieser Organe und ihrer Verbindungsbahnen zu suchen, weiter in Entzündungen der Vagusfasern dieser Eingeweide oder der Nervenbahnen des Rückenmarks, welche die betreffenden sympathischen Nerven mit den Centren in der Medulla oblongata verbinden, oder der Nervenbahnen und höher gelegenen Gehirncentren, mit denen das Centrum in der Medulla in Zusammenhang steht. In der Annahme, daß auch die Basedow'sche Krankheit auf Nervenstörungen zurückzuführen ist, sei es auf Veränderungen der cervicalen sympathischen Nerven und Ganglien oder der Medulla oblongata, weist ihr Zusammentreffen in diesem Fall mit Diabetes „auf den Halssympathicus hin als den Krankheitssitz, von welchem aus der Bauchsympathicus ergriffen ist in Folge directer Ausbreitung durch die Ganglienverbindungen oder indirect in Folge einer Affection des Diabetescentrums in der Medulla oblongata in Verbindung mit absteigender Degeneration der sympathischen und cerebrospinalen Faserzüge, die Leber und Pancreas versorgen." Weitere Einzelheiten der Beweisgründe und deren Aufbau auf positiven anatomischen Thatsachen und theoretischen Hilfsmitteln zur Erklärung von Vorgängen, die in ihren physiologischen Eigenheiten und Einzelheiten zum Teil noch in Dunkel gehüllt sind, müssen in der sehr lesenswerten und mit viel Talent und Schärfe ausgearbeiteten Abhandlung nachgelesen werden. Blanck (Potsdam).

Dr. Wilhelm Schlesinger (Wien): **Ueber die Beziehungen der Acromegalie zum Diabetes mellitus.** (Wiener klinische Rundschau 1900, No. 15.)

Die häufige Beobachtung des Zusammentreffens der Acromegalie mit Diabetes mellitus führte wiederholt zur Besprechung ihres ursächlichen Verhaltens, ohne daß darüber bisher eine Einigung unter den Autoren erzielt worden wäre. Ein jeder Autor hat versucht, aus dem an seinem Falle erhobenen Befunde einen Zusammenhang zwischen den beiden in Rede stehenden Affectionen herauszuconstruiren. So hat Hansemann in einem Falle von mit Diabetes mellitus einhergehender Acromegalie Bindegewebsatrophie des Pancreas gefunden und dieselbe als Folge der Acromegalie und Ursache des Diabetes betrachtet. Demgegenüber bezieht Naunyn die Zucker-Ausscheidung auf den Hypophysistumor. Pineles, dessen Fall Atrophie des Pancreas mit nachfolgender Necrose aufwies, nimmt mehr allgemein einen innigen anatomischen und physiologischen Zusammenhang zwischen vielen Blutdrüsen, also auch zwischen Hypophysis und Pancreas an, und daß die Erkrankung der einen zur Erkrankung der anderen führt.

Einen Beitrag zu dieser Frage liefert nun Verf. durch die Mitteilung einiger von ihm beobachteten Fälle. In dem einen derselben handelte es sich um einen 46jährigen, greisenhaft aussehenden Mann, bei dem gleichzeitig Acromegalie und Diabetes mellitus bestanden. Die Zuckerausscheidung verlief in diesem Falle während eines Jahres genau nach dem Typus eines

schweren Diabetes, bei dem es durch rechtzeitig in Angriff genommene diätetische Behandlung nicht blos gelingt, den Ernährungszustand zu bessern, sondern schließlich auch Mengen von Eiweiß und Kohlehydrate ungestraft zuzuführen, welche vorher eine namhafte Zuckerausscheidung zur Folge gehabt hätten. Verf. beobachtete keine sichtliche Beeinflussung der Zuckerausscheidung durch die zeitig wohl schon viel länger bestehende Acromegalie, deren Erscheinungen auch nach der Besserung des Diabetes erhalten bleiben. Der Diabetes nahm also in diesem Falle eine durchaus selbstständige Stellung ein. Eine solche Selbstständigkeit in der Entwicklung dürfte auch in denjenigen Fällen vorliegen, in denen der Diabetes zu dem dieser Krankheit eigentümlichen Tode im Coma führte. Da nun in vielen Fällen die Section Veränderungen des Pancreas ergeben hat, die zur Entwicklung dieses schweren Diabetes auch sonst in ursächlicher Beziehung gebracht werden, so ist für jene Fälle von Acromegalie mit Diabetes, wo letzterer selbstständig verläuft, also auch für den oben mitgeteilten Fall, die Annahme, daß der Diabetes durch Bindegewebswucherungen im Pancreas vermittelt wurde, die den Bindegewebswucherungen auch in anderen Organen entsprechen, vorläufig nicht von der Hand zu weisen.

In einer Anzahl anderer Beobachtungen zeigte dagegen die Zuckerausscheidung sprunghaften Character. Auf Grund eines beobachteten Falles von Acromegalie mit Diabetes glaubt nun Verf. annehmen zu können, daß in den Fällen von Acromegalie mit Diabetes, wo die Zuckerausscheidung allzu großen Schwankungen unterworfen ist, der Diabetes zu dem Hypophysistumor in Beziehung zu bringen ist.

Gelegentlich wurde bei Acromegalen, die bei gewöhnlicher, gemischter Kost keinen Zucker ausschieden, alimentäre Glycosurie beobachtet. Einen ähnlichen Fall beschreibt auch Verf., der eine 34jährige, mit typischer Acromegalie behaftete Frau betrifft. Dieselbe schied von 100 g Zucker 7 g wieder aus. Die Assimilationsgrenze für Zucker ist demnach so tief herabgedrückt worden, daß der Verdacht auf Diabetes durchaus gerechtfertigt war. Mit voller Sicherheit konnte aber nicht entschieden werden, ob die starke Zuckerausscheidung Vorläufer eines echten selbstständigen Diabetes war oder ob es sich hier blos um eine vorübergehende Herabsetzung der Assimilation des Zuckers handelte, die zu der auch sonst bei ihren Erkrankungen gefundenen alimentären Glycosurie und zu einem vorauszusetzenden Tumor der Hypophysis in Beziehung zu bringen ist. Lubowski.

P. Neumann (Cottbus): **Vier Fälle von Zuckerharn nach Unfällen.** (Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1900, No. 4, 7. Jahrg.)

1. Fall: Schußverletzung des Schädels und der linken Schulter durch fünf Revolverschüsse und neun Hieb- und Stichwunden des rechten und linken Armes. Schlag mit dem abgeschossenen Revolver auf den rechten äußeren Augenwinkel mit danach eingetretenem Verlust des Sehvermögens auf diesem Auge. Zu Bewußtseinsstörungen oder sonstigen Zeichen von Hirn-Verletzung oder -Erschütterung ist es nicht gekommen. Nachweis einer

mäßigen Menge Zuckers im Harn mittels Fehling'scher Lösung an demselben Abend wie an dem der Verletzung folgenden Tage. Der Harn bleibt vom dritten Tage an und in der Folgezeit zuckerfrei. Eine Vermehrung des Harns (Diabetes insipidus) wurde nicht beobachtet. Vier Monate nach dem Unfall hatten sich Erscheinungen einer schweren Neurasthenie, von welcher vor dem Unfall nichts zu bemerken war, herausgebildet. Die Vorgeschichte ergiebt, daß vor zehn Jahren von ärztlicher Seite der Verdacht auf Zuckerharnruhr wegen plötzlicher Abmagerung ausgesprochen wurde, jedoch die damals von einem Apotheker vorgenommene Harnuntersuchung keinen Zucker nachwies. Von da bis zur beschriebenen Verletzung war N., ein mäßiger, nüchterner Mann, völlig gesund. Erbliche Belastung nicht vorhanden.

2. Fall: Sturz von 3 m Höhe, Bruch des linken Oberschenkels, der linken Speiche und Handwurzel, 2 cm lange, die ganze Kopfschwarte durchsetzende Wunde in der Mitte der Stirn und oberflächliche Hautabschürfungen daselbst. Keine Bewußtseinsstörung. Der Harn ist an diesem Tage frei von Zucker. An den beiden folgenden Tagen Nachweis von Zucker mittels Fehling'scher Lösung und der Gährungsprobe (0,6 pCt.). Der Zuckergehalt besteht spurenweise noch weitere acht Tage und schwindet dann endgiltig. Eine Vermehrung des Harns oder seines specifischen Gewichts wurde nicht beobachtet. Außer einer nicht vollkommenen linksseitigen Ellennervenlähmung, welche die Folge der Verletzung des Nervs durch einen vor zehn Jahren in die linke Ellenbogengegend erhaltenen Messerstich ist und sich in Ueberstreckstellung der Grundglieder des vierten und fünften Fingers, sowie in Abmagerung des Kleinfingerballens äußert, ist am ganzen Körper nichts Krankhaftes zu finden. In mäßigem Grade an Schnapsgenuß gewöhnter Mann. Keine erbliche Belastung.

3. Fall: 18jähr. Patient, Sturz zwei Stockwerke tief, starke Schwellung der Weichteile der Kreuzgegend und Druckempfindlichkeit des oberen Teils des Kreuzbeins, sowie des rechten Kreuz-Hüftbeingelenks. Splitterbruch am anatomischen Halse des rechten Oberarms mit Durchspießung der Haut am vorderen Abschnitt des Schultergelenks durch eine Zacke des unteren Bruchendes, Zerreißung des Bandapparats am Köpfchen der rechten Speiche und Verrenkung des oberen Speichenendes nach vorn. Nachweis von Zucker in dem zuerst nach der Verletzung gelassenen Harn mit Fehling'scher Lösung. Schwinden des Zuckers am dritten Tage. Vorher gesund, erblich nicht belastet, Alkoholmißbrauch nicht vorhanden.

4. Fall: Gleichfalls Sturz, offener Bruch des linken Unterschenkels mit Spießung der Haut durch das flötenschnabelartig hervortretende obere Bruchende. Der zuerst nach dem Unfall entleerte Harn zeigte beim Kochen mit Fehling'scher Lösung starken Zuckergehalt, am zweiten Tage wurde durch die Polarisations- und die Gährungsprobe 1,1 pCt., am dritten Tage 0,9 pCt. festgestellt. Am vierten Tage sank der Zuckergehalt auf 0,5 pCt., behielt alsdann die folgenden fünf Tage einen Procentgehalt von 0,3—0,2, um nach fünf weiteren Tagen, an welchen er 0,1 pCt. zeigte, also am 14. Tage nach

der Verletzung gänzlich zu schwinden. In den letzten Tagen wurde eine die Kohlehydratzufuhr beschränkende Kost und daneben Karlsbader Salz verabreicht Keine Harnvermehrung. Auf der Höhe der Zuckerabscheidung keine Aceton- oder Acetessigsäurereaction, dagegen bestand an den ersten beiden Tagen ein geringer Eiweißgehalt von 0.2 pCt.

Keiner der Patienten wurde weder vor, noch während des Zuckergehalts chloroformirt. Lubowski.

Marinesco: **Diabète insipide et gliome du quatrième ventricule.** (Académie de médecine. Le progrès médical 1900, No. 9.)

M. stellte einen Fall von nervöser Polyurie (12 l täglich) vor, nach einer heftigen Erschütterung der Wirbelsäule bei einem nervösen Individuum. Progressive Kachexie und plötzlicher Tod. Bei der Autopsie fand man einen gelatinösen und hämorrhagischen Tumor des vierten Ventrikels, welcher allmählich den Nodus vitalis zerstört hatte. Immerwahr (Berlin).

III. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Audry: **Réflexions sur la syphilis.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 2.)

Der hervorragende Toulouser Syphilidologe wirft einen Rückblick auf die Fortschritte des vergangenen Jahrhunderts im Gebiet der Syphilis und formulirt seine eigene Stellung zu verschiedenen Fragen. Die Incubationszeit will er nicht vom Augenblick der Infection bis zum Sichtbarwerden des Schankers gerechnet wissen, da der letztere viel früher vorhanden ist, als er sichtbar wird: mit dem Ausbruch der Roseola soll die Incubation aufhören. Der Schanker ist für ihn Quelle und Ausdruck der Infection zugleich. Sein histologischer Character ist meist genügend ausgesprochen, um eine ziemlich sichere mikroskopische Diagnose stellen zu können. Die Veränderungen der Blutgefäße in sämtlichen Schichten characterisiren den Schanker und jedes syphilitische Product. Die Schwellung der Lymphdrüsen hat keine Bedeutung für den Verlauf der Syphilis. Auch die secundären Producte sind um die Gefäße gelagert. Es tritt aber keine Necrose, niemals Eiterung ein. Gumma und tertiäres Symptom decken sich nicht. Der Chancre redux stellt einen Typus des tertiären Symptoms dar. Wieder sind die genannten Gefäßveränderungen vorhanden. Der Syphilitiker ist also ein mit einer allgemeinen Gefäßentzündung behaftetes Individuum, das in Folge einer primären Infection des Blutes zu Rückfällen neigt.

Die sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen sind noch nicht genügend studirt. Wir können sie am besten mit Alkohol- und Bleivergiftungen vergleichen. Dreyer (Köln).

C. Hamilton Whiteford (Plymouth): **A Case of acquired Syphilis in a Child: Hunterian Chancre on Eyelid.** (The British Medical Journal, 6. Januar 1900.)

Ein sechsjähriger Knabe mit Blepharitis bekommt von seiner syphilitischen Mutter Speichel auf seine verklebten Lidränder applicirt; die Folge ist ein harter Schanker am rechten oberen Augenlid. Secundärerscheinungen wurden in Gestalt eines breiten Condyloms (wo?) vom Verf. beobachtet, dasselbe schwand unter Mercurtherapie. Blanck (Potsdam).

Hallopeau et Emery: **Quatrième note sur un cas de syphilis anormale.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 3. Soc. de derm. et de syph., séance du 1. mars 1900.)

Der Kranke, dessen Diagnose zwischen Lichen planus, blennorrhoischem Exanthem und Syphilis geschwankt hatte, wird noch einmal vorgestellt, nachdem eine energische vierwöchige Einreibungskur mit täglicher Verwendung von 6 g grauer Salbe und combinirtem Gebrauch von Jodkali innerlich und Vigo'schem Pflaster äußerlich das Exanthem fast zum Verschwinden gebracht hat. Einige Plaques am Gaumen persistiren auch jetzt noch. Die Diagnose Lues ist indes gesichert, und der Fall lehrt, daß ein papulöses Syphilid heftiges Jucken veranlassen kann und mit einer Abschuppung in großen Lamellen sich zu verknüpfen vermag. Die syphilitischen Papeln können fernerhin Dellen tragen wie beim Lichen planus und wie bei der von Kaposi beschriebenen Form der letzteren Erkrankung korallenförmig an einander gereiht sein. Dreyer (Köln).

A. Fournier et Herscher: **Syphilis demeurée contagieuse treize ans après le chancre.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 2. Soc. de derm. et de syph., séance du 1. février 1900.)

Eine 34jährige Frau leidet an einer frischen Syphilis, papulo-maculösem Exanthem an Rücken, Brust und Bauch, sowie linker Hand, Condylomen der Vulva und Drüsentumor der rechten Leiste. Der einzige Mann, der sie ihrer Angabe nach inficirt haben kann, litt vor 13 Jahren an Syphilis, ist nur sechs Wochen mit Pillen und ein Jahr mit Jodkali behandelt und hat jetzt noch in der Vernarbung begriffene Ulcera auf der Eichel, die schon $2\frac{1}{2}$ Monate existiren sollen. Auch Mauriac erwähnt, daß er nach neun Jahren seit Beginn der Syphilis noch Ansteckungen gesehen hat, und daß einfache Erosionen an Hodensack oder Penis, nichtsyphilitische Schrunden oder Herpesbläschen diese Krankheit übertragen können.

Dreyer (Köln).

Dr. Julius Heller: Beiträge zur Syphilis der Zungentonsille.
(Berl. klin. Wochenschr. 1900, No. 9.)

In einer im Jahre 1894 veröffentlichten Arbeit suchten Georg Lewin und Verf. den Nachweis zu führen, daß die Atrophie der Zungentonsille ein mit der Syphilis in Zusammenhang stehender Proceß, ein postsyphilitisches Symptom ist. Es wurde sodann die Frage erwogen, ob die glatte Atrophie eine mittelbare Folge secundär-syphilitischer Processe sein könnte. Sie untersuchten deshalb ca. 300 im secundären Stadium der Syphilis befindliche Kranke der Syphilisklinik der Charité und fanden sicher syphilitische Erkrankung der Zungentonsille nur in 2,6—3 pCt. der Fälle. Dagegen kam Seifert bei seinen in ähnlicher Richtung ausgeführten Untersuchungen zu einem ganz anderen Resultat: er fand nämlich sichere Symptome secundärer Syphilis der Zungenwurzel in 35,5 pCt. der Fälle. Diese Differenz veranlaßte den Verf., an seinem privaten und poliklinischen Material weitere Untersuchungen über die Häufigkeit der syphilitischen Erkrankung der Zungentonsille anzustellen. Wirkliche unzweifelhafte Plaques muqueuses fand er nun unter 205 syphilitischen oder syphilitisch gewesenen Personen nur 20mal, d. h. in 9,7 pCt. In 10 Fällen war der syphilitische Character der Affection nicht mit Sicherheit anzunehmen. Nimmt man an, daß die Hälfte der zweifelhaften 10 Fälle doch der Syphilis zuzurechnen sind, so erhöht sich der Procentsatz der syphilitischen Tonsillenaffection auf 12.2 pCt. Unverhältnismäßig groß war die Beteiligung der Frauen. Von den 20 Fällen mit Plaques auf der Zungenbasis waren 9 Frauen, obwohl die Zahl der behandelten Frauen nur etwa $^1/_6$ der behandelten Männer betrug. Außerdem hat Verf. in der Poliklinik verhältnismäßig fast doppelt so viel secundäre Syphilis der Zungentonsille beobachtet, als in der Privatpraxis. Speciell die Plaques muqueuses der ohne Spiegeluntersuchung sichtbaren Mundschleimhaut betreffend, fanden sich in 103 Fällen typische syphilitische Veränderungen gleich 50,2 pCt. Plaques muqueuses der Zungentonsille zeigten sich nur in 9,7 pCt. Die Plaques der Mundschleimhaut sind demnach 5mal so häufig wie die der Zungentonsille. Von Kranken mit syphilitischen Erkrankungen der Mundschleimhaut überhaupt zeigen etwa 20 pCt. Papeln der Zungentonsille.

In den meisten Fällen traten die Plaques der Zungenwurzel zu gleicher Zeit mit sonstigen Schleimhautpapeln des Mundes und zugleich mit einem maculo-papulösen Exanthem auf. 6mal bestanden gleichzeitig breite Condylome an den Genitalien, 3mal Leukoderma. Nur in einem Falle wurde Syphilis der Zungentonsille bei einem Kranken beobachtet, der neben secundären auch tertiäre Erscheinungen hatte. In 17 Fällen traten die Plaques bei der ersten, resp. bei der ersten behandelten Eruption der Syphilis auf; in 2 fanden sie sich erst beim zweiten, in einem beim dritten Recidiv bei Kranken, die während der ersten Eruption der Syphilis verschont geblieben waren. Die Intensität der Erkrankung ist eine verschiedene. Während in 3 Fällen der ganze Zungengrund von speckig aussehenden, über das Schleimhautniveau prominirenden, ohne feste Grenze in einander übergehenden

Papeln besetzt war, konnte in einem anderen Fall nur eine einzige, allerdings typische, Papel festgestellt werden. Irgend welche subjectiven Erscheinungen machten die Papeln in keinem Falle. Trotzdem eine große Anzahl der Kranken über Halsschmerzen klagte, verlief die Affection der Zungenbasis völlig symptomlos. Auch nachdem die Aufmerksamkeit der Patienten auf den Zungenrücken gelenkt war, wurden nie Beschwerden angegeben; insbesondere erlitt die Nahrungsaufnahme durchaus keine Störung. Irgend ein Schluß auf die Intensität des Verlaufes der Syphilis läßt sich aus dem Vorkommen von Plaques auf dem Zungengrund nicht machen. Verf. hatte den Eindruck gehabt, daß die Papeln der Zungentonsille sich vorwiegend in den Fällen finden, in denen die secundären Symptome in der Mundhöhle überhaupt besonders characteristisch waren. Die Prognose der Papeln der Zungentonsille ist selbstverständlich die der Syphilis überhaupt. Die Prognose quoad celeritatem sanationis ist keine günstige. Außer der allgemeinen Mercurbehandlung wurden locale Aetzungen mit Argent. nitr., Chromsäure, Chlorzink u. s. w. vorgenommen, ohne daß bei den refractären Fällen eine wesentliche Heilwirkung hervortrat. Ganz versagt haben die Jodpräparate.

Was den Zusammenhang zwischen der glatten Atrophie der Zungentonsille und der Syphilis betrifft, so bleibt Verf. bei der Ansicht, daß erstere ein Symptom der abgelaufenen Syphilis ist. Er hält aber die Auffassung, daß sich aus der sicheren Constatirung der glatten Atrophie unzweifelhaft die Diagnose Syphilis ergebe, für viel zu weitgehend. Die glatte Atrophie des Zungengrundes ist ein Symptom, welches mit anderen zusammen für die Diagnose verwendet werden kann. Ist sie das einzige Symptom, so wird die Diagnose aber nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein können. Bei der ungeheuren practischen und theoretischen Wichtigkeit, welche die Diagnose der Syphilis, insbesondere der abgelaufenen und latenten Syphilis vor Allem für die Erkrankungen des Nervensystems besitzt, ist jedes Symptom, welches eine positive Stütze für die Diagnose darstellt, wertvoll. Verf. erachtet es als erforderlich, daß die Laryngologen ihr Krankenmaterial von diesem Gesichtspunkte aus verwerten und die Häufigkeit der glatten Atrophie des Zungengrundes bei syphilitischen und nichtsyphilitischen Patienten feststellen. Lubowski.

William M. Leszynsky (New-York): **Syphilis of the nervous System, and the Use and Abuse of Mercury and Jodine in its Treatment.** (Referat über Vortrag in der „New York county medical Association", Medical Record, 6. Januar 1900.)

Syphilitiker, die im Frühstadium ihrer Erkrankung in ausreichender Weise behandelt sind, erwerben zwar dadurch nicht die Sicherheit vor späterer tertiärer Syphilis, insbesondere des Nervensystems, obschon eine solche bei ihnen in milderer Form zu verlaufen pflegt. Meist pflegen Erscheinungen luetischer Natur wie frische exsudative Entzündungen, Gummigeschwülste, Pachymeningitis, Endarteriitis obliterans und Periarteriitis nach

kürzerer oder längerer Frist, meist innerhalb 2—3 Wochen, auf Quecksilber- und Jodbehandlung zurückzugehen. Das Jod wirkt hier rascher als das Hg; es muß bis zum Schwinden aller Symptome ca. 2—3 Monate fortgegeben werden. Eine übertriebene combinirte Jod-Quecksilbertherapie kann zu schweren Schädigungen führen, so verläuft dann die Atrophie des N. opticus schneller deletär. Die tonisirende Behandlung soll nicht vernachlässigt werden. Prophylactisch kann man Jod in kleinen Dosen kurze Zeit hindurch 3—4 mal des Jahres geben. Die differentialdiagnostische antiluetische Medication darf nicht immer bei Erfolg auf Syphilis gedeutet werden. Es ist zu bedauern, daß die syphilitische Genese der Tabes noch so viele Anhänger hat. Ein wirkliches Prophylacticum gegen die Lues besitzen wir noch nicht.

In der Discussion spricht sich E. D. Fisher dahin aus, daß die Behandlung um so wirksamer sei, je acuter die Syphilis des Nervensystems ihr unterzogen würde. Häufig wird Rückenmarksyphilis mit Tabes verwechselt, doch verläuft erstere viel schneller. Auch bei Exacerbationen von Tabessymptomen, die auf frische gummöse Infiltration hindeuten, erweist sich die syphilitische Behandlung als wirkungsoll. — E. G. Janeway will bei cerebraler Lues zuerst Sitz und Natur der Affection bestimmt wissen. Hyperostosen der Schädelknochen können einen Tumor cerebri vortäuschen. Gummöse Pachymeningitis kann durch gleichzeitige Hämorrhagien verschleiert resp. in ihren Symptomen verändert werden. In zwei Fällen beobachtete er nach Ablauf von fünf und sechs Monaten bereits Hemiplegia luetica in Folge Arterienverstopfung Jodkali wird oft per rectum besser vertragen als per os. Die Dosirung muß bald geringer, bald höher sein, eine Norm läßt sich nicht aufstellen. Oft beobachtet man continuirliches Fieber bei tertiärer Syphilis, welches Tuberculose vortäuschen kann; hier bewähren sich kleine Dosen vorzüglich. Meist sind Tabes und allgemeine Paralyse luetischen Ursprungs. — Nach Charles J. Proben zeigen circa $^2/_3$ aller Fälle von Syphilis keine tertiären Erscheinungen. Jodkali muß ausgesetzt werden, wenn sich danach rapider Gewichtsverlust einstellt, wie man es besonders bei tuberculösen Individuen beobachten kann. — Boleslaw Lapowsky bewährte sich als beste und sicherste Methode bei allen schweren Formen der Syphilis die Inunction; sorgfältige Untersuchung der Nieren ist dabei unerläßlich. — Im Schlußwort hebt Lescynsky hervor, daß Jodkali sowohl durch Herabsetzung der allgemeinen Ernährung schaden könne, als auch daß eine Gewöhnung an das Mittel möglich sei, in Folge dessen es bei Einsetzen bedrohlicher Erscheinungen alsdann unwirksam werde. Er rät von Calomel- wie von intravenösen Injectionen ab. Blanck (Potsdam)

Dr. Brecht: **Ueber einen Fall von Retinitis syphilitica hereditaria als einziger pathologischer Befund bei hereditärer Syphilis.** (Vortrag, geh. in der Gesellschaft der Charité-Aerzte. Berliner klin. Wochenschr. 1900, No. 13.)

Das betreffende Kind kam Anfang dieses Jahres in das Charité-Krankenhaus mit der Klage, daß das Sehvermögen seit einem halben Jahre schlechter

geworden wäre. Schon der erste Blick mit dem Augenspiegel machte klar, daß es sich um eine hereditäre Syphilis handeln müsse. Das Gesichtsfeld war nicht besonders eingeengt, der Augenhintergrund im Ganzen etwas graublaß; man sah eine Unmenge kleiner hellerer Flecke und daneben Pigmenteinwanderungen in die Netzhaut. Die Pigmentschollen lagen zum Teil neben den Gefäßen, zum Teil auch auf denselben. Von gröberen chorioiditischen Veränderungen war nichts zu sehen. Die Papille war nicht entfärbt, die Centralgefäße nicht verengt. Das Kind hat eine antisyphilitische Kur durchgemacht, ohne daß das Sehvermögen dabei besser geworden wäre. Von den anderen Symptomen der hereditären Syphilis ist trotz sorgfältigster Untersuchung nichts gefunden worden.

In der ihm zugänglichen Litteratur hat Vortr. einen ähnlichen Fall nicht finden können. Lubowski.

Dr. J. Gschwend (Genf): **Die Behandlung der Syphilis mittels der Welander'schen Quecksilbersäckchen.** (Wiener med. Blätter 1900, No. 13.)

Nach seinen Erfahrungen ist Verfasser der Ansicht, daß mittels der Welander'schen Säckchen sowohl bei frisch Inficirten, als auch bei Kranken mit Recidivformen ein Rückgang der syphilitischen Erscheinungen in derselben Zeit wie bei Einreibungen zu erzielen ist, und daß dieser therapeutische Effect nicht nur sicher, sondern auch rasch, nicht aber auch ohne Störungen zu Stande kommt. Denn von unangenehmen Nebenwirkungen mit der Welander'schen Methode hatte Verfasser einen Darmcatarrh und 27 Fälle von Stomatitis mit zum Teil sehr starker Salivation zu verzeichnen. Die Stomatitiden machen somit 35 pCt. sämtlicher mit Säckchen behandelter Patienten aus, während bei Einreibungen unter genau denselben Verhältnissen nur in 14 pCt. aller Fälle Stomatitis aufgetreten ist. Eine reine Inhalationsmethode ist die Säckchenbehandlung nicht, weil die auf dem bloßen Leibe liegenden und für die graue Salbe leicht durchlässigen Säckchen an der Stelle, wo sie aufgelegen, sowohl maculöse als auch papulöse Exantheme rascher zum Verschwinden bringen. Die Welander'schen Quecksilbersäckchen wirken aber zum größten Teil per inhalationem und nur zum kleinsten Teil endermatisch. Der vom Verf. constatirte hohe Procentsatz von Recidiven dürfte in Wirklichkeit noch eine Steigerung erfahren, da doch zu berücksichtigen ist, daß eine ganze Anzahl von mit Säckchen behandelten Patienten aus mannigfachen Gründen sich nicht zu weiterer Behandlung gestellt hat. Angesichts dieser Thatsache kann sich Verf. des Gedankens nicht erwehren, daß die Säckchenmethode nach Welander trotz der raschen Rückbildung der einzelnen Efflorescenzen, trotz der Einfachheit und Reinlichkeit der Behandlung gegenüber der Einreibekur noch keine ganz vollkommene und entsprechende Methode ist.

Immerwahr (Berlin).

Maitland: **On chronic venereal sores or ulcerating granuloma.** (Lancet, 17. Juni 1899. Referirt nach Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 3.)

Conyers und Daniels haben in Guyana Geschwüre beobachtet, die sie als „Ulcère inguinal“ bezeichneten, und gleiche chronische venerische Geschwüre hat M. in Indien gesehen und beschrieben. Er beschreibt jetzt einen neuen Fall. Bei einem 30 Jahre alten Hindu entstand vier Tage nach einem Coitus ein Geschwür an der Eichel, und zehn Tage später brach ein Bubo der rechten Leiste nach außen auf. Die Wunden haben sich seitdem — seit einem halben Jahre — nicht geschlossen, während das Allgemeinbefinden unverändert ist. Die Geschwüre sind auf der Unterlage verschieblich, haben eine schmutzig-rote Oberfläche, die eine trockene Granulationsmasse darstellt, welche sich weich anfühlt. Bei der Operation (Excision) des Leistengeschwürs fällt eine starke Gefäßentwicklung in der Nähe der Geschwüre auf.

Gewöhnlich verläuft die Krankheit acuter, destructiver und mit stärkerer Eiterung. Sie beginnt meist in der Leiste und geht auf Perineum und zum Anus herunter. Sie wird bei Mann und Frau, auch im Munde beobachtet. Giffard beobachtete sie bei Ehegatten. Weder um Syphilis, noch um Pian kann es sich handeln. Eine antisyphilitische Behandlung ist machtlos. Beim Pian sind die Granulationsgeschwülste kleiner, aber weiter verbreitet. Der venerische Ursprung der Krankheit wird bei den Eingeborenen allgemein angenommen.

Galloway fand eine starke Zellinfiltration, namentlich mit Plasmazellen im Derma. Die Epidermis ist stark verdünnt und schickt lange Ausläufer nach unten. Das ganze Gewebe ist sehr blutreich.

Dreyer (Köln).

C. Nicolle: **Reproduction expérimentale du chancre mou chez le singe.** (Presse méd., 4. November 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 13.)

Bei einem Affen wurden multiple Scarificationen in der Stirngegend gemacht und Gift von einem weichen Schanker der Vulva inoculirt. 48 Stunden später hatten sich zwei mit dicker Kruste bedeckte, gezackte, graue, leicht blutende und stark eiternde Geschwüre entwickelt, deren Eiter Ducrey'sche Bacillen enthielt. Vier andere experimentelle Autoinoculationsschanker entwickelten sich ebenfalls 48 Stunden nach der Ueberimpfung. Zufällige Uebertragungen führten noch zur Entwicklung von drei anderen Schankern. Die entsprechenden Lymphdrüsen blieben intact.

Bei einer anderen Affenart rief derselbe Eiter kleine Geschwülste hervor, die unter einer Kruste ein oberflächliches Geschwür trugen, das sehr schnell heilte und einige Ducrey'sche Bacillen enthielt. Bei einem Affen von einer dritten Art schließlich führte der Eiter des ersten Affen nach vier Tagen zu zwei oberflächlichen Schankern, die beide Ducrey'sche

Bacillen enthielten. Der eine heilte schnell, während der andere Neigung zur Weiterentwicklung zeigte. Nach seiner Excision entstand ein gleiches Geschwür von doppelter Größe. Eine Ueberimpfung auf's Ohr blieb erfolglos.

Die mikroskopische Untersuchung ergab keine von den beim Menschen abweichenden Verhältnisse. Dreyer (Köln).

Maitland: **Névrite périphérique consécutive au chancre mou.** (Brit. Med. Journal, 4. Februar 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 3.)

Der erste Fall betraf einen jungen Offizier, der drei Monate nach der Heilung eines weichen, local behandelten phagedänischen Schankers an schlaffen Lähmungen in Folge peripherer Neuritis erkrankte und ohne Behandlung geheilt wurde.

1895 wurden acht junge Leute an weichen Schankern der Eichel im Krankenhaus behandelt. Alle erkrankten mit Schwäche der unteren Extremitäten und rheumatischen Schmerzen. Vier wurden mit Quecksilber und Jodkali ohne besonderen Erfolg behandelt. Doch gelangten alle acht zur Heilung.

Ein anderer hat $3^1/_2$ Monat nach dem letzten Coitus ein großes Geschwür am Präputium. Er nimmt Quecksilber, aber nur 13 Tage lang. Sechs Wochen später leidet er an allgemeiner Neuritis, Strychnin führt zur Heilung. Nur die rechte Hand bleibt etwas schwach und die Sehnenreflexe fehlen. Ein Jahr später erwirbt er einen weichen Schanker mit vereiterndem Bubo und bald darauf tritt allgemeine Parese der vier Extremitäten ohne Muskelatrophie oder Entartungsreaction auf.

In einem letzten Falle von weichem Schanker schließlich, in dem nach zweimonatigem Bestehen die Circumcision ausgeführt und dann eine vierwöchentliche Quecksilberbehandlung eingeleitet wurde, erfolgte sechs Wochen später allgemeine Paralyse, die durch Strychnin heilte. Schwäche des rechten Beines blieb bestehen und die Reflexe kehrten nicht zurück.

Dreyer (Köln).

L. Vignes: **Chancre mou de la conjonctive bulbaire.** (Presse médicale, 19. Juli 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 3.)

Ein Mann in den fünfziger Jahren leidet an einer heftigen Conjunctivaleiterung mit Chemosis und Oedem der Augenlider des linken Auges. Man denkt an eine gonorrhoische Conjunctivitis. Zwei Tage durchgeführte Spülungen mit hypermangansaurem Kalium verschlimmern die Eiterung noch. Die Hornhaut aber bleibt intact und der Eiter enthält keine Gonokokken. Als man am dritten Tage nach der Spülung genauer nach Ectropionirung des oberen Augenlides untersucht, findet sich oben außen auf der Conjunctiva bulbi eine bis zum Lidwinkel reichende Exulceration, die die

Größe eines 50 Centimesstückes besitzt, einen gelben, mit Eiter bedeckten Geschwürsgrund und steil abfallende, nicht indurirte Ränder hat. Die präauricularen und auch die cervicalen Lymphdrüsen sind schmerzhaft und geschwollen. Ducrey'sche Bacillen fanden sich nicht. Der Sohn des Kranken, der diesem alle Umschläge machte, litt an Ulcus molle und suppurirtem und aufgeschnittenem Bubo. Dreyer (Köln).

Barthélémy: **Quelques applications de l'air liquide en vénéréologie.** (Ann. de dermat. et de syph. 1900, No. 2. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 1. février 1900.)

B. hat flüssige Luft auf weiche Schanker, Condylome, hypertrophische Syphilide und einen Cancer der Lippe gepinselt. Es gelang nicht, die Virulenz der Ulcera mollia aufzuheben. Eine Tendenz zur Heilung wurde jedoch in allen Fällen erzielt. Das Carcinom mußte trotzdem exstirpirt werden. Der practische Erfolg ist zu gering, als daß man das umständliche Verfahren in größerem Maßstabe anwenden könnte. Indes ist es schmerzlos und gefahrlos. Dreyer (Köln).

IV. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Contre la balanite. (Gazz. degli osp. e delle clin. 1900, No. 4.)

Waschungen mit Kalium chloratum (4,0 : 140,0) werden empfohlen. Darauf trockne man und pudere mit

Acid. tannic. pur. }
Amyl. . . . . . } āā 5,0.

Dreyer (Köln).

Dr. Ferdinand Schenk und Dr. Lothar Austerlitz: **Weitere Untersuchungen über den Keimgehalt der weiblichen Urethra.** (Wiener klin. Wochenschrift 1900, No. 14.)

Auf Grund ihrer an 60 Fällen vorgenommenen und vor Kurzem veröffentlichten Untersuchungen über den Keimgehalt der normalen weiblichen Urethra gelangten die Verfasser (cf. diese Monatsberichte 1899, S. 423) zu dem Schluß, daß die normale weibliche Urethra in mehr als der Hälfte der Fälle überhaupt keimfrei ist und daß die in den übrigen Fällen vorkommenden Keime Saprophyten verschiedener Art sind, die aus dem Vestibulum dorthin gelangten. Pathogene Mikroorganismen haben die Verfasser in der normalen weiblichen Urethra unter 59 Fällen nur zweimal nachweisen können. Zu gleicher Zeit erschien eine Abhandlung von Savor, welche sich mit demselben Thema befaßt und in welcher der Autor zu wesentlich anderen Re-

sultaten gelangt, und zwar fand er unter 93 an einem dem der Verfasser ähnlichen Material erhobenen Befunden an gynäkologisch erkrankten Fällen die Urethra 59mal keimhaltig, 34mal steril. Die gefundenen Keime waren in 16 Fällen Staphylococcus pyogenes albus, in 6 Fällen Staphylococcus pyogenes aureus, in 14 Fällen Bact. coli com. und in 4 Fällen Streptococcus pyogenes. Ferner untersuchte er die Urethra bei 120 Schwangeren auf ihren Keimgehalt. 290 hierbei angestellte Versuche ergaben nur 72mal ein negatives Resultat; unter den 180 positiven Fällen wurde neben anderen Mikroorganismen 95mal Staphylococcus pyogenes albus, 18mal Bact. coli com. und 9mal Streptococcus pyogenes gefunden. Noch häufiger sind die von Savor erhobenen positiven Befunde bei Wöchnerinnen. In vorliegender Arbeit vergleichen die Verfasser Savor's Methode der Secretabnahme mit der ihrigen und berichten über neue Untersuchungsergebnisse, die sie teils nach seiner, teils nach ihrer eigenen Methode gewonnen haben. Der ganze Unterschied zwischen Savor's Methode und der der Verfasser besteht hauptsächlich darin, daß die Verfasser den Anfangsteil der Urethra gründlicher auswischten, da es doch nicht darauf ankommt, die Keime, die sich unmittelbar am Orificium externum befinden und die zweifelsohne mit den Keimen des Vestibulums identisch sind, sondern die jenseits des Orificium befindlichen Mikroorganismen zu bestimmen, und daß sie statt einer Oese, wie sie von Savor angewendet wird, eine einfache Impfnadel verwendeten.

Bevor die Verfasser daran gingen, die Methode Savor's zu versuchen, suchten sie den Beweis zu führen, daß ihre Art der Secretabnahme einwandsfrei sei. Zu diesem Behuf untersuchten sie den Keimgehalt der Urethra bei 10 Fällen von Cystitis. Da mit Sicherheit anzunehmen war, daß die Mikroorganismen, welche sich in der Blase befanden, durch den Harn auch in die Urethra gelangten, so mußte man sie daselbst, wenn die Methode der Secretabnahme richtig war, nachzuweisen in der Lage sein. In der That gelang es in allen 10 Fällen, und zwar waren in 8 Fällen die Mikroorganismen der Blase und Urethra vollständig identisch, in 2 Fällen war der Befund nahezu derselbe.

Zunächst untersuchten die Verfasser 25 Fälle nach der Methode von Savor; zugleich wurde in allen diesen Fällen das Vestibulumsecret und der Harn auf den Bacteriengehalt hin untersucht. Von diesen 25 Fällen zeigten 2 pathogene Keime im Vestibulum, in den übrigen 23 Fällen waren zwar die angelegten Culturen dicht bewachsen, pathogene Keime darin aber nicht enthalten. Die Untersuchung des Keimgehalts der Urethra, genau nach Savor vorgenommen, ergab in 10 Fällen einen negativen Befund; in den übrigen 15 Fällen fand sich ein einziges Mal ein pathogenes Stäbchen. Im Ganzen waren 40 pCt. sterile Befunde gegen 52 pCt. der früheren Fälle der Verfasser zu verzeichnen. Während also hinsichtlich der Sterilität im Allgemeinen die von den Verfassern erzielten Resultate von denen Savor's nicht besonders divergiren, gehen sie hinsichtlich der Art der gefundenen Keime weit auseinander, und zwar in der Richtung, daß Savor unverhältnismäßig häufiger pathogene Bacterien antraf, als die Verfasser.

Alles in Allem glauben die Verfasser, ihre gesamten neueren Erfahrungen dahin zusammenfassen zu können, daß sie die in ihrer früheren Arbeit gemachten Angaben aufrecht erhalten müssen, daß das Vestibulum ebenso wie die Urethra nur selten pathogene Keime enthalten; in ungefähr der Hälfte der Fälle findet sich die Harnröhre bei Schwangeren und Wöchnerinnen frei von Keimen. Die nachgewiesenen Keime sind meist Saprophyten verschiedener Art, wie sie auch öfter im Vestibulum vorkommen.

Lubowski.

Dr. Heintze: **Fall von Zerreissung der Harnröhre durch Fall auf den Damm.** (Demonstrirt in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins vom 12. Februar 1900. Berliner klinische Wochenschrift 1900, No. 13.)

In dem betreffenden Falle wurde die durch Fall auf den Damm entstandene Ruptur der Harnröhre durch Naht primär zum Schluß gebracht. Die Distanz der Enden betrug ca. 5 cm. Nachträglich mußte eine Strictur behandelt werden.

Lubowski.

V. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. Ferdinand Kornfeld (Wien): **Zur Krankenpflege bei Prostataleiden.** (Wiener med. Blätter 1900, No. 8, 9 u. 10.)

Es ist klar, daß der Wert der Krankenpflege bei chronischen Prostataleiden deutlicher hervortritt als bei den oft acuteren oder ganz acuten Character an sich tragenden Complicationen der Blennorrhoe, welche sich an der Vorsteherdrüse abspielen. So sind bei den Kranken mit Hypertrophie der Prostata die allgemeinen hygienisch-diätetischen Maßregeln, sowie eine sachgemäße, zweckentsprechende Krankenpflege von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Alle diese Maßnahmen betreffen zunächst die Vermeidung solcher Schädlichkeiten, welche zu Congestionen der Beckenorgane führen, sie beziehen sich somit auf die Regulirung der Darmfunction und auf die Einschränkung der übermäßigen Ausdehnung der Bettruhe. Prophylactisch wichtig ist ferner die Vermeidung jeder Erkältungsursache. Bezüglich der Entleerung der Blase während der Nacht ist es entschieden für die Kranken vorteilhafter, bei der Mahnung zur Blasenentleerung das Bett zu verlassen, aber stets unter der Vorsichtsmaßregel, warmes Schuhwerk anzulegen und den bloßen Fußboden nicht zu betreten. In jenen vorgeschrittenen Fällen, bei denen eine sehr beträchtliche Distension der Blase besteht, ist nichts dagegen einzuwenden, wenn der Kranke schon aus Bequemlichkeitsgründen die Urinflasche im Bette benutzt. Die Prostatakranken müssen ferner auch übermäßig langes Sitzen etc. vermeiden. Die Ausübung des Geschlechts-

verkehrs kann, natürlich unter Vermeidung jedes Excesses, schon darum nicht untersagt werden, weil der Coitus zur Verminderung der Congestion in der Prostata beitragen kann, und weil dadurch ein nicht seltenes Symptom bei Prostatikern, der unwillkürliche Abgang von samenähnlicher Flüssigkeit gemildert werden kann. Die Regel, daß die Prostatiker jeder Mahnung zum Uriniren möglichst rasch nachkommen sollen, ist ebenfalls von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit. Von den Hilfsmitteln der Krankenpflege sind zum Zwecke der Regulirung des Stuhles in erster Linie regelmäßig am Morgen vorzunehmende lauwarme Eingießungen von größeren Quantitäten Flüssigkeit am Platze. Von außerordentlich wohlthätiger Wirkung sind bei Prostatikern regelmäßige, nicht zu lange ausgedehnte laue Sitz- und Wannenbäder, ferner allgemeine Körpermassage, sowie trockene Frottirungen der Haut. Von ziemlicher Wichtigkeit in diätetischer Beziehung ist die Frage nach der Qualität und der Menge von Flüssigkeiten, welche dem Prostatiker zu gestatten sind. Im Allgemeinen hat der Kranke das Maß der einzuführenden Flüssigkeit einzuschränken; nur bei manchen Fällen in der ersten Periode der Prostatahypertrophie ist dann vermehrte Flüssigkeitsaufnahme am Platze, wenn bei vollkommen erhaltener Kraft der Blase die Diurese eine nicht ganz ausreichende ist. Was die Qualität der Flüssigkeit anlangt, so pflegt man in der Regel den Prostatakranken etwas Rotwein zu gestatten; Bier ist nur in Ausnahmefällen, wenn die Patienten den Biergenuß absolut nicht entbehren zu können glauben, in kleinen Mengen zu erlauben. Von der reinen Milchdiät hat Verf. keine so bedeutenden Erfolge gesehen. Zu empfehlen sind die jodhaltigen Bäder, wie Hall, Kreuznach, Darkau, deren Wässer auch innerlich gebraucht werden. In gleicher Weise sind die indifferenten Thermen Römerbad, Teplitz und besonders Gastein, die Schwefel-, Moor- und Schlammbäder sehr oft von guter Wirkung. Dagegen sind Brunnenkuren, besonders bei bestehenden Congestionszuständen, nicht zu empfehlen. Bei den schweren, fieberhaften, von wiederholten Schüttelfrösten begleiteten Formen der Urosepsis giebt es eine große Anzahl von wichtigen kleinen Behelfen, welche gegenüber diesen schweren, den Kranken bis zu den höchsten Graden der Prostration schwächenden Symptomen von Nutzen sein können und die quälenden Beschwerden zu mildern vermögen. Das peinigende Durstgefühl wird man durch alle erdenklichen Mittel der Krankenpflege und durch geschickte Verwertung derselben zu bekämpfen haben; dem Kältegefühl bei den Schüttelfrösten steuern häufig Einpackungen der Füße und Beine in wollene Hüllen etc. Gegen den oft unablässigen Harndrang helfen oft Wärmflaschen. Gegen das vehemente und hartnäckige Erbrechen müssen alle für eine zweckentsprechende Krankenpflege ausfindig zu machenden Mittel nebst den medicamentösen Behelfen in Anwendung kommen. Bei acuten Steigerungen der Congestionszustände in der Vorsteherdrüse kann die Application von 4—8 Stück Blutegeln am Perineum in vielen Fällen als ein sehr energisches und erfolgreich wirkendes Ableitungsmittel angesehen werden. Die Mehrzahl der Prostatiker in etwas vorgeschrittenerem Stadium des Leidens ist bekanntlich auf den regelmäßigen Gebrauch des

Katheters angewiesen. Die Handhabung des Instrumentes, die exacte Ausführung des Katheterismus und die Pünktlichkeit der Entleerungen bilden das Um und Auf für solche Patienten. Die Spülungen der Blase bilden für sich ein Capitel in der Behandlung der Prostatiker, in dem manches Detail von erheblicher Bedeutung sein kann. In manchen Fällen ist der Kranke selbst in der Lage, den Arzt, der seine Behandlung übernimmt, auf manche Details hinzuleiten, deren Kenntnis von Bedeutung ist. Bei beginnender Prostatahypertrophie wird häufig durch vielgeschäftiges Handeln mehr geschadet als genützt. Den Kranken nicht unnötig belästigen, ist ebenso geboten, als ihm direct nicht schaden. Unter den acuten Erkrankungsformen der Vorsteherdrüse steht die acute Prostatitis, welche besonders als Complication der Blennorrhoe vorkommt, obenan. Dieses Leiden erfordert eine umsichtige und genaue Behandlung. Die Behandlung der Prostatitis mit Suppositorien, die Bekämpfung der oft überaus hartnäckigen Obstipation, die Lagerung der Kranken und die damit im Zusammenhang stehende Milderung der häufig qualvollen Schmerzen erheischt den Aufwand zahlreicher Behelfe der Krankenpflege, welche im Einzelfalle vielfältigen Modificationen unterliegen. Eine gleiche Sorgfalt in der Behandlung muß man den Prostataabscessen angedeihen lassen. Zum Schlusse muß noch die larvirte Prostatitis erwähnt werden, welche alle möglichen anderen Organerkrankungen vortäuschen kann, bis man schließlich die Harnorgane, namentlich die Prostata, einer sorgfältigen Untersuchung unterzieht. Letztere wird in einer großen Zahl von Fällen einen chronischen Entzündungszustand dieses Organes entdecken, und wird ein auf die Behebung desselben gerichtetes hygienisches und therapeutisches Verfahren auch gegenüber den nervösen Begleiterscheinungen eher reussiren, als alle gewöhnlich vorher schon versuchten Heilmethoden gegen ein symptomatisches Leiden auf nervöser Grundlage. Wie viel aber gerade bei diesen lange verkannten Formen von Prostatitis eine zielbewußte und sachgemäße Behandlung nützen kann, zeigen manche Fälle, die namentlich durch eine zweckmäßig eingeleitete Massagebehandlung der Vorsteherdrüse nebst anderen curativen Methoden fast augenblicklich eine Besserung erfahren. Eine wichtige Rolle in der Therapie dieses mitunter sehr complicirten Krankheitsbildes der Prostatitis chronica spielen sehr genaue Vorschriften in hygienisch-diätetischer Beziehung, die zu einem guten Teile einer sorgsamen Pflege der Kranken anheimgegeben sind.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Wossidlo: **Demonstration eines Instrumentes zur Behandlung der Prostatahypertrophie.** (Verhandlungen der Berliner medicin. Gesellschaft vom 24. Januar 1900. Berliner klin. Wochenschr. 1900, No. 7.)

Das Freudenberg'sche Instrument zur Behandlung der Prostatahypertrophie hat trotz aller günstigen Resultate und der relativen Leichtigkeit der Operation den Nachteil, daß man mit demselben im Dunkeln arbeitet. W. hat aus diesem Grunde längere Zeit danach gestrebt, ein Instrument

herstellen zu lassen, welches das Cystoskop mit dem Bottini'schen Incisor verbindet. Nach Ueberwindung verschiedener Schwierigkeiten hat W. unter Mitwirkung von C. G. Heinemann in Leipzig das vorgesteckte Ziel erreicht, indem er ein Instrument geschaffen hat, mit dem es wirklich leicht sein soll, unter Controle des Auges die Bottini'sche Operation auszuführen.

Das Instrument, das W. bereits an einem Falle practisch erprobt hat, besteht aus einem Cystoskop und einem neben demselben laufenden Incisor, der durch eine Schraube nach vorn beweglich ist. Es kann bis auf 4 cm der Einschnitt gemacht werden. Das Instrument besitzt auch Wasserkühlung. W. glaubt, daß dem unheimlichen Gefühl des Imdunkelarbeitens nunmehr abgeholfen ist. Lubowski.

Dr. Albert Freudenberg: **Demonstration zur Bottini'schen Operation bei Prostatahypertrophie.** (Verhandlungen der Berliner medicin. Gesellschaft vom 31. Januar 1900. Berliner klin. Wochenschr. 1900, No. 8.)

Fr. demonstrirt zwei Präparate von Patienten mit Prostatahypertrophie, die $1^1/_2$ bezw. 13 Monate nach erfolgreicher Bottini'scher Operation an intercurrenten Krankheiten gestorben sind. Die Prostata des ersten Falles zeigt in schönster Weise die drei kreuzförmig in dieselbe hineingehenden Schnitte (nach hinten, nach rechts, nach links). Dieselben waren zur Zeit des Todes bereits vollständig überhäutet. Auf den bei der Section angelegten Querschnitten der Prostata kann man die Schnitte bis unmittelbar in die Nähe der Pars membranacea verfolgen. Im Uebrigen sieht man an dem Präparate so gut wie gar keine in die Blase hineinragenden Wulstungen: das Hindernis für die Urinentleerung saß in der Pars prostatica urethrae, ein Beweis, wie irrig es ist, anzunehmen, daß die Bottini'sche Operation nur bei Hervorragungen in die Blase bildender Form der Prostatahypertrophie, speciell beim mittleren Lappen wirksam ist. Am zweiten Präparat erkennt man, wie durch die Operation der vorher eine starke Barrière bildende mittlere Lappen so vollständig durchtrennt ist, daß eine ganz große und breite, trichterförmig nach dem Caput gallinaginis zugehende, vollständig im Niveau des Trigonum liegende Ausflußöffnung für den Urin geschaffen ist. Vortr. hatte auch in diesem Falle drei Schnitte, einen nach hinten, einen nach rechts, einen nach links, gemacht; aus dem Präparate ergiebt sich aber, daß die beiden Seitenschnitte doch etwas anders ausgefallen sind als im ersten Falle. Während dort die beiden Seitenschnitte von der Urethra aus nach rechts und links abgehen, hat in dem zweiten Falle der Schaft des Incisors nach Vollendung des ersten Schnittes (also des Schnittes nach hinten) sich offenbar in die dadurch gesetzte Furche hineingedrückt, und die beiden Seitenschnitte sind nicht von der alten Urethra, sondern von dem Boden des ersten Schnittes abgegangen. Das hat nun hier durchaus nicht geschadet; im Gegenteil, gerade dadurch ist ein im Präparat sichtbarer mächtiger, vollständig im Niveau des Trigonum liegender Trichter entstanden, der für die Urinentleerung die denkbar günstigsten Verhältnisse darbot.

Bei Gelegenheit dieser Demonstrationen geht Fr. auf die sich aus dem zweiten Präparat ergebende Frage ein, ob das von Wossidlo construirte und in derselben Gesellschaft demonstrirte Instrument, welches eine Verbindung des Cystoskops mit dem Bottini'schen Incisor darstellt und die Ausführung der Bottini'schen Operation unter Controle des Auges ermöglicht, wirklich von großer practischer Bedeutung sei, wie es Wossidlo annimmt. Er analysirt das Wossidlo'sche Instrument, indem er auf seine Vorteile und Nachteile genau eingeht, und gelangt zu dem Schlusse, daß man bei aller Originalität seiner Construction mit demselben nicht bessere, sondern wesentlich schlechtere Resultate erzielen würde als mit dem typischen Verfahren. Erstens, führt Fr. aus, wird man bei Anwendung des Wossidlo'schen Instrumentes höchstens sehen, wo man das Messer ansetzt, event. dasselbe noch 3—4 mm weit verfolgen können, bis es vollständig in das Gewebe der Prostata eingedrungen ist. Dann hört die Sichtbarkeit des Messers auf: der folgende, der bei weitem größte Teil des Schnittes wird unter der Controle des Auges nicht ausgeführt werden können. Zweitens wird der Vorteil des controlirbaren Ansetzens des Messers dadurch illusorisch, daß man im Uebrigen die ganze Sicherheit und Wirksamkeit des Verfahrens auf's Spiel setzt. Das Wossidlo'sche Instrument ist derart construirt, daß auf das für das Gelingen der Operation so wichtige feste Anhaken der Prostata mit dem Schnabel verzichtet werden muß. Ferner liegt bei der Wossidloschen Construction das Prisma genau am Beginne des Schnittes, d. h. da, wo das gesamte Blut aus dem Schnitte in die Blase fließt. Sehr bald nach dem Beginne des Schnittes wird Blut auf das Prisma gelangen, und von weiterer Controle mit dem Auge wird keine Rede mehr sein. Man wird bei dem zweiten, dritten etc. Schnitte ohne Controle durch das Auge arbeiten müssen, dabei aber auch ohne Controle durch das Gefühl, eben weil man die Prostata nicht fest anhaken kann.

In der Discussion bemerkt Wossidlo, daß die Ausführungen Fr.'s über sein Instrument vorläufig meistenteils theoretisch seien. Er selbst habe eine Operation gemacht, wobei es ihm gelungen ist, das Messer unter Controle anzusetzen und auch den Schnitt im Cystoskop zu sehen. Was nun das Festhaken des Instrumentes betrifft, so müsse man es eben thun, weil man bei dem typischen Verfahren nicht sieht, wo man hinschneidet. Sobald man aber das Messer unter Controle des Auges ansetzen kann, falle die Notwendigkeit des Festhakens fort. Lubowski.

J. Coplin Stinson (San Francisco): **Echinacea angustifolia: A new and successful Aphrodisac for Impotence, Pseudo-impotence etc.** (The New York Medical Journal, 13. Januar 1900.)

In Dosen von 20—60 Tropfen soll nach Verf. Echinacea angustifolia bei localer Application auf die Glans nach 2—15 Minuten eine Erection hervorrufen; die Wirkung beruht auf der Anregung der Circulation, welche den Tonus der Capillaren hebt und die sensiblen Nerven in Reizzustand versetzt. Das Mittel soll, ganz unabhängig von den Ursachen der Impotenz,

sehr wirkungsvoll sein, und es wäre mit ihm, wenn es das hält, was Verf. von ihm verspricht, ein Aphrodisiacum par excellence gefunden. Leider fehlen Krankengeschichten. Blanck (Potsdam).

Dr. Herbsmann: **Ueber einen Fall von mit Thiol behandeltem chronischem Ekzem des Hodensackes.** (Jeschenedelnik, Bd. 6, No. 41.)

In dem betreffenden Fall hat Verf. sämtliche, in ähnlichen Fällen in Betracht kommenden Mittel ohne Erfolg angewandt, und nur das Linimentum exsiccans von Pick (Rp. Gummi tragacanth., Glycerini ää 5,0, Aq. dest. 100,0, M. f. liniment.) vermochte das unerträgliche Jucken zu lindern und den ekzematösen Proceß einigermaßen günstig zu beeinflussen. Er beschloß daher, auch in diesem Fall das Thiolum liquidum versuchsweise anzuwenden, von dem Standpunkt ausgehend, daß dasselbe, indem es bei Luftzutritt schnell eintrocknet und gleichsam eine Lackschicht bildet, die Eigenschaften des bezeichneten Liniments besitzt. Außerdem sprach für die Anwendung des Thiols dessen Gehalt an Schwefel, das bekanntlich bei Hautkrankheiten so häufig angewendet wird. Das Thiol wurde zweimal täglich auf das Scrotum applicirt, und nach zwei Tagen verschwand nicht nur das lästige Jucken vollkommen, sondern es stellten sich auch dauernde günstigere Veränderungen in der Haut des Scrotums ein: die Haut wurde weicher, die Excoriationen verschwanden, die Hyperämie ließ bedeutend nach. Diesen sichtbaren Veränderungen entsprechend, beteuerte auch der Patient selbst, daß unter sämtlichen zahlreichen medicamentösen Substanzen, welche er sowohl auf H.'s Verordnung, wie auch auf die Verordnungen anderer Aerzte an sich ausprobirt hat, das Thiol ihm am meisten genützt habe.

Die ganze Behandlungsdauer betrug in diesem Fall etwa vier Wochen, wobei das Thiol anfangs täglich, dann in Zwischenräumen von 2—3 Tagen applicirt wurde. Seit Abschluß der Behandlung sind nunmehr ca. drei Monate vergangen, und trotz der Sommerhitze und des unvermeidlichen Schwitzens hat sich in dieser Zeit ein Recidiv nicht eingestellt, während früher Recidive alle acht Tage auftraten. Lubowski.

Dr. Englisch (Wien): **Ueber traumatische Entzündung des Samenleiters.** (Allg. Wiener med. Zeitung 1900, No. 16.)

Die Entzündungen des Samenleiters sind teils directe, d. h. auf den Samenleiter zwischen Nebenhoden und der Samenblase allein beschränkte, teils mit Erkrankungen benachbarter Organe verbunden, indirecte, fortgepflanzte. Im letzteren Fall erkrankt der Samenleiter vom Hoden oder Nebenhoden aus und breitet sich diese Entzündung gegen den Samengang hin aus (ascendirende Form), oder es liegt der Entzündung eine Erkrankung der Samenblase, der Vorsteherdrüse oder der weiter nach vorn liegenden Abschnitte der Harnröhre zu Grunde und entwickelt sich die Erkrankung von dort in der Richtung nach dem Nebenhoden hin (descendirende Form). Die indirecte, fortgeleitete Entzündung des Samenleiters ist die häufigste

Form und findet sich neben allen Entzündungen der obengenannten Organe vor; desgleichen auch bei allen anderen Erkrankungen, welche mit Reizung derselben verbunden sind. Eine besondere Stellung nimmt die Tuberculose ein. Wohl erkrankt auch der Samenleiter meist secundär bei Tuberculose der übrigen Harn- und Geschlechtsorgane, aber hier kann es doch vorkommen, daß, wenn eine isolirte, directe Erkrankung des Samenleiters bestanden hat, die Umwandlung der angesetzten Entzündungsproducte nur an dieser Stelle erfolgt und man es mit einer isolirten Tuberculose des Samenleiters zu thun hat.

Die isolirte Entzündung des Samenleiters überhaupt ist sehr selten. Die anatomische Beschaffenheit des Samenleiters in seiner Mitte ist wegen seines geringen Lumens, sowie wegen der auffallenden Dünnheit der Schleimhaut weniger zu Entzündungen geeignet, als die mit zahlreichen Falten versehenen Abschnitte des in den Ductus ejaculatorius übergehenden Teils oder der dickwandige Abschnitt am Nebenhoden. Aus dem Verhalten der Schleimhaut erklärt es sich auch, daß sich einerseits entzündliche Vorgänge am mittleren Stück des Samenleiters central oder peripher ausbreiten und dann die entsprechenden Erscheinungen das Bild ändern. Ein wesentlich disponirendes Moment sind aber vorausgegangene secundäre Erkrankungen des Samenleiters.

Zu den Ursachen der isolirten Entzündung des Samenleiters gehören directe Gewalteinwirkungen auf diese Teile. Während der zwischen dem Nebenhoden und der äußeren Oeffnung des Leistencanals liegende Teil (Pars extraabdominalis) eine große Beweglichkeit besitzt und daher einer verletzenden Gewalt ausweichen kann, liegt das andere Ende tief im Becken verborgen und entgeht so äußeren Schädlichkeiten. Der im Leistencanal liegende Teil, Pars inguinalis, wird durch die Wand dieses Canals, noch mehr durch lockeres Zellengewebe gewissermaßen fixirt, kann daher nicht leicht ausweichen. Dazu kommt noch, daß der Samenleiter über den horizontalen Ast des Schambeins läuft und dieser einer einwirkenden Gewalt um so intensiver ausgesetzt, daher deren Wirkung eine größere ist.

Nach den vorliegenden Beobachtungen scheint eine gewisse Disposition auch in einem schlechten Ernährungszustand zu bestehen, wonach bei solchen Individuen, bei denen die Folgen der directen Ursachen auf den Samenleiter einwirken, sich um so leichter ein entzündlicher Vorgang entwickelt, ähnlich wie hereditäre oder individuelle Belastung bei schädlichen Einwirkungen auf diese Gegend zur Entwicklung der Samenleitertuberculose führt. Die veranlassenden Ursachen sind verschiedener Art. Zunächst sind es Gewalteinwirkungen, welche die Gegend des Leistencanals treffen, als Stoß, Schlag, Hufschlag, Fall gegen diese Gegend u. s. w. Eine nicht minder häufige Ursache bildet die Anwendung der Bauchpresse beim Heben einer Last, beim Rückwärtsbeugen, beim Fallen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß der Samenleiter zwischen den Schenkeln, der äußeren Oeffnung des Leistencanals und weiter innen durch die Zusammenziehung der Muskelfasern einen Druck erleidet. Diese Einwirkung zeigt sich meist am Neben-

hoden, Hoden, seltener am Samenleiter. Ersteres läßt sich teils aus dem Quetschen des Samenleiters und der Gefäße des Samenstranges oder aus beiden Momenten erklären. Bezüglich der Quetschung des Samenleiters muß in diesem Fall angenommen werden, daß dieselbe eine Reizung der Schleimhaut verursacht, deren Wirkung weniger in der dünnen Schleimhaut des Leistenstücks des Samenleiters, als vielmehr in der dickeren des Nebenhodens zu Stande kommt. Den Hauptanteil hat aber das Zusammendrücken der Gefäße und die dadurch bedingte Gefäßstauung, wie sie sich durch die zahlreichen, selbst zur Gangrän des Hodens führenden Blutaustritte (Apoplexia testiculi, hämorrhagischer Infarct des Hodens) zu erkennen giebt. Soll die Wirkung der Bauchpresse am Samenleiter hervortreten, so muß eine starke Quetschung desselben zu Grunde liegen. Das gilt auch für die reinen Entzündungen des Samenleiters. Für die Complicationen vom Sack des Hodens und Nebenhodens tritt dann das Zusammendrücken der Gefäße hinzu.

Ist der Samenleiter allein ergriffen, so erscheint er als ein harter Strang, und zwar blos von der äußeren Oeffnung des Leistencanals an oder in diesem selbst, und bei stärkerer Ausbreitung der Entzündung noch in dem Stück, welches der Darmbeingrube entspricht. Die Dicke kann einen Durchmesser von 1—1$^1/_2$ cm erreichen. Die Oberfläche ist entweder glatt oder durch rundliche Erhabenheiten, welche sich oft erst bei stärkerem Drücken wahrnehmen lassen, höckerig. Die Härte ist sehr verschieden, bis knorpelhart. Der Durchmesser ist entweder an allen Seiten gleich, oder er nimmt nach beiden Enden hin ab, so daß der Samenleiter spindelförmig erscheint. Nur in seltenen Fällen erscheint der Samenleiter an zwei längeren Seiten spindelförmig, meist in dem Teil außerhalb des Leistencanals und gesondert in letzterem; dabei ist das Verbindungsstück noch immer dicker als der normale Samenleiter. Lubowski.

VI. Blase.

Ramon Guitéras (New York): **Etiology, Diagnosis and Treatment of Cystitis.** (Vortrag in der „New York County Medical Association“ am 18. December 1900. Medical Record, 6. Januar 1900.)

Häufig werden Fälle von „Irritable Bladder“ mit Cystitis verwechselt, doch sind die Ursachen verschiedene. Die acute Cystitis ist meist gonorrhoischer Natur. Als prädisponirende Momente kommen Congestionen und Distension der Blasenwandung in Betracht, weiter übermäßige sportliche Uebungen, besonders Radfahren und Reiten, Durchnässung und Erkältung. Sie äußert sich durch vermehrten und schmerzhaften Harndrang, eitrige und blutige Beimengungen zum Urin. Durch combinirte Untersuchung vom

Rectum und Abdomen läßt sich eine Empfindlichkeit der Trigonumregion feststellen. Häufig ist sie mit Urethritis posterior, Entzündung der Samenblasen und der Prostata vergesellschaftet. Die Dreigläserprobe, die Palpation per rectum und die subjectiven Beschwerden machen die Unterscheidung leicht. Bei der chronischen Cystitis kommen differentialdiagnostisch die chronische Urethritis posterior, die chronische Prostatitis, Nierenaffectionen und Blasenreizung in Frage. Sie alle lassen sich durch die bekannten Hilfsmittel erkennen. Die cystoskopische Untersuchung hat an der Eruirung der Krankheitszustände der Blase einen großen Anteil. Man behandelt die acute Cystitis mit möglichst heißen Sitzbädern, auch heißen rectalen Einläufen von Salzwasserlösungen, innerlich mit alkalischen Diluentien und antispasmodischen Mitteln; Suppositorien von Belladonna und Morphium müssen oft in Anwendung gezogen werden. Blasenspülungen können nur bei wenig empfindlicher Harnröhre vorgenommen werden, am besten eignen sich dazu Lösungen von Kal. permangan. (1 : 4000 bis 1 : 1000) und Argent. nitric. (1 : 16000 bis 1 : 4000); auch Instillationen weniger Tropfen einer Höllensteinlösung $^1/_4$—1 proc.) sind empfehlenswert. Im Allgemeinen aber soll man von der Einführung eines Instruments bei acuter Cystitis absehen und dieselbe auf mehr chronische Fälle beschränken. Urotropin ist bei alkalischem Urin innerlich gegeben unübertrefflich. Stricturen, Hypertrophie der Prostata (diese am besten mittels Bottini'scher Cauterisation), Steine und Geschwülste der Blase müssen besonders in Angriff genommen werden.

In der Discussion über obigen Vortrag sprach zunächst J. C. Skene über Aetiologie und Behandlung der Cystitis bei Frauen. Da dieselbe mehr durch traumatische Ursachen (Geburt, chirurgische Operationen an den Beckenorganen, Katheterismus etc.) bedingt sei, so sei die Behandlung mehr eine vorbeugende. Durch den Gebrauch von Kautschuk- statt Metallkathetern hat S. eine bedeutende Verminderung der Cystitisfälle erzielt, es können deshalb nicht allein infectiöse Keime für das Zustandekommen einer Cystitis verantwortlich gemacht werden, da die Sterilisirung beider Instrumente dieselbe ist; man muß mehr Gewicht auf das traumatische ätiologische Moment legen. Langes Stehen ruft oft durch Congestion und Stagnation cystitische Beschwerden hervor. In einigen dieser Fälle fand sich nur eine kleine Ecchymose; die Beseitigung der Ursache und eine einfache Behandlung bringen die Beschwerden zum Schwinden. Die hartnäckigsten Fälle von Cystitis wurden nach der Cystotomia suprapubica gesehen, die eigentlich die Blase drainiren sollte; nach Schluß der Fistel waren die Kranken in schlechterem Zustande als vor der Operation. Auch physikalische Untersuchungen der Blase, sei es nach Dilatation der Urethra oder durch endoskopische Maßnahmen wie auch den Ureterkatheterismus (welchen?), hatten häufig Cystitis im Gefolge. S. meint, daß man ohne jede interne Exploration jede Cystitis nach Grad und Art lediglich durch eine exacte Urinanalyse diagnosticiren könne. Wenn nach Auswaschung der Blase die nächsten wenigen Cubikcentimeter Urin Entzündungsproducte enthielten, so wäre mit fast positiver Gewißheit der Sitz der Erkrankung in den Ureteren oder

Nieren zu suchen. Bei der Behandlung erwiesen sich Boraxlösungen nützlicher als Borsäure. Argent. nitric. brauche nicht stärker als 1 : 500 angewendet zu werden. Ulcerationen müssen besonders durch caustischen Eingriff, Neoplasmen am besten durch Umschnürung der Geschwulstbasis und Exstirpation mittels Thermocauters nach Cystotomia suprapubica entfernt werden.

Eugene Fuller vertritt die infectiöse Aetiologie der Cystitis, die traumatischen Einflüsse etc. seien nur prädisponirende Momente für das Zustandekommen der bacteriellen Invasion. Er weist weiter auf das Vorkommen schwerer interstitieller Cystitiden hin, die öfter durch pericystitische Erscheinungen complicirt sind.

W. K. Otis macht auf die Möglichkeit der Verwechselung von Nieren- mit Blasenleiden aufmerksam, wie sie besonders bei tuberculöser Erkrankung der Niere vorkommen kann. Bei der chronischen Cystitis ist man fast ganz auf die locale Behandlung angewiesen. Bei gleichzeitigem Vorhandensein einer Urethritis posterior empfiehlt er, den Katheter nur bis zur Pars membranacea einzuführen und dann „durchzuspülen"; der Kranke läßt dann die Flüssigkeit nach Entfernung des Katheters ab. Keine Anwendung eines doppelläufigen Katheters, keinen Irrigator! Litholapaxie ist die Idealoperation für Blasensteine.

Guitéras vertritt in seinem Schlußwort ebenfalls wie Fuller die Theorie über die infectiöse Genese der Cystitis. Auch gewebte Katheter lassen sich durch Formalindämpfe sterilisiren. Blanck (Potsdam).

J. L. Maxwell und W. Bruce Clarke (London): **The Relation of Bacillus coli communis to other Organisms in the Urine.** (The British Medical Journal, 25. November 1899.)

In dem Streit zwischen der französischen Schule unter Guyon einerseits und Melchior, Rovsing, Moullin u. A. andererseits über die Rolle der Harnbacterien und ihre pathogene Bedeutung für die Krankheiten der Harnwege, insbesondere der Cystitis, vertritt Clarke einen vermittelnden Standpunkt. Er nimmt an, daß die verschiedenen Resultate bedingt seien durch die in verschiedener Phase der Cystitis angestellten Untersuchungen, daß man anfänglich Staphylokokken und Streptokokken fände, wo man im späteren Stadium der Krankheit nur oder vorwiegend Bacterium coli communis antreffe, welches die ersteren verdränge. Zum Beweise hat Maxwell bacteriologisch derartige (8) Fälle untersucht; die Resultate entsprechen im Großen und Ganzen den aufgestellten Behauptungen.

Blanck (Potsdam).

Halban: **Paracystitis in Folge eines Fremdkörpers in der Blase.** (Geburtshilflich - gynäkologische Gesellschaft in Wien. Sitzung vom 12. December 1899. Centralbl. f. Gynäkol. 1900, No. 14.)

Die Patientin, eine 22jährige Nullipura, kam in die Klinik mit der Angabe, im Unterleibe Schmerzen zu haben. Die gynäkologische Untersuchung

ergab einen Tumor, der sich längs des linken horizontalen Schambeinastes bis gegen das Tub. ileopubicum erstreckte. Der Tumor war langgestreckt, etwa zweifingerdick, von unregelmäßig höckeriger Oberfläche, etwas druckempfindlich und saß dem Knochen fast unverschieblich auf, so daß er von ihm auszugehen schien. Die Härte des Tumors war so bedeutend, daß er den Eindruck einer malignen Knochenneubildung erweckte. Die wiederholte Untersuchung legte aber den Gedanken nahe, daß er mit der Blase im Zusammenhang stehen könnte, da seine mediale Grenze sich in der Blasengegend verlor, und Verf. hatte die Vermutung, daß es sich um ein paracystisches Infiltrat handle, das retroperitoneal längs des linken horizontalen Schambeinastes weitergegangen war. Mit Rücksicht auf diese Vermutung machte er die cystoskopische Untersuchung. Der Urin erwies sich als stark getrübt. Die Cystoskopie ergab nun zur Ueberraschung eine Haarnadel, welche in der Blase quer lag, und zwar so, daß die Spitzen der Nadel gegen die linke Blasenwand aufdrückten, während der Nadelbogen rechts lag. Die Nadel selbst war nur wenig inkrustirt. Die Blase zeigte eine diffuse Entzündung, und am Blasenboden, besonders in seinem linken Anteil, bestand ein starkes bullöses Oedem. Die Patientin gab nun auf Befragen zu, daß sie vor zwei Monaten angeblich wegen starken Juckens am Genitale mit der Nadel manipulirte, wobei diese in der Urethra verschwunden ist. Sie habe in der Anamnese deshalb nichts davon erwähnt, weil ein damals consultirter Arzt ihr erklärt habe, daß von einer Nadel in der Blase keine Spur sei. Durch starkes Füllen der Blase konnte man nun die Nadel verschieben, und es zeigte sich darauf, daß an den Stellen, wo die Spitzen der Nadel aufdrückten, die Blase zwei kleine, aber tiefe Geschwüre aufwies, deren Ränder strahlig nach außen gegen das Infiltrat zu verzogen waren. Der Tumor am linken Schambein konnte nunmehr leicht mit Sicherheit als Infiltrat diagnosticirt werden, welches offenbar so entstanden war, daß von den beiden Geschwüren in der Blase her Bacterien in das paracystische Zellgewebe eingedrungen waren, welche langsam längs des Schambeinastes weitergekrochen sind. Die große Härte und verhältnismäßig geringe Druckempfindlichkeit des Infiltrates, ebenso der Umstand, daß dasselbe offenbar zwei Monate bestanden hat, ohne zur Vereiterung zu kommen, lassen wohl die Annahme gerechtfertigt erscheinen, daß es sich um eine Infection mit schwach virulenten Kokken handelte. Der Proceß ist in Analogie zu setzen mit jenen Formen von Parametritis, welche als harte, langsam entstehende, nicht schmerzhafte, zur Vereiterung nicht besonders geneigte Infiltrate auftreten, im Gegensatz zu jenen Parametritiden, welche einen acuten Verlauf nehmen, sehr schmerzhaft sind und bald vereitern. Bei beiden Formen kann es sich um Streptokokkeninfectionen handeln. Doch muß man für die erstere eine geringe, für die letztere eine bedeutendere Virulenz derselben annehmen. Was die im vorgestellten Fall beobachtete Paracystitis betrifft, so finden sich in der Litteratur keine Analoga derselben, da die beschriebenen Fälle diffuse Infiltrationen um die ganze Blase betrafen. In dem demonstrirten Fall hingegen kam es zu einer ausgesprochen einseitigen Entwicklung des Infiltrates.

Einen Tag nach der Demonstration entfernte Verf. die Nadel aus der Blase, und zwar in der Weise, daß er in Ermangelung eines Operationscystoskops neben dem gewöhnlichen Cystoskop eine ganz dünne Kornzange einführte. Mit dieser, wie mit dem Cystoskop selbst dirigirte er die Nadel so, daß der Bogen sich gegen das Orificium urethrae internum einstellte. Dann faßte er den Bogen der Nadel, worauf die Entfernung derselben leicht erfolgte. Die Blase wurde dann durch Auswaschungen und Instillationen mit Argentum nitricum behandelt. Es besserten sich die Cystitis, die Geschwüre und das paracystitische Infiltrat sichtlich von Tag zu Tag und waren nach ungefähr drei Wochen verschwunden, so daß die Patientin vollständig geheilt entlassen werden konnte.

In der Discussion führte Schauta zwei Fälle an, die ihm in dasselbe Capitel zu gehören scheinen. In dem ersten Fall handelte es sich um eine Frau, die im Februar 1898 entbunden hatte; das Wochenbett war fieberhaft, und durch 2—3 Wochen mußte 2—3mal täglich der Katheter applicirt werden. Bei der Untersuchung fand sich ein median gelegener Tumor, 3—4 Querfinger die Symphyse überragend und von sehr harter Consistenz. Durch Sondirung der Blase und durch Palpation ließ sich nachweisen, daß der Tumor zwischen der vorderen Bauchwand und zwischen dem kleinen, nach rückwärts gelagerten Uterus liege und aus nichts Anderem bestehe, als aus der ca. 2 cm dicken Blasenwandung. Die Pericystitis entstand aus einem Blasencatarrh in Folge des lange dauernden Katheterismus. Hier handelte es sich um eine gleichmäßige Verdickung der Blasenwand. Im zweiten Falle war bei der Patientin wegen Retroversio uteri und Sterilität die ventrale Fixation gemacht worden. Nach der Operation wurde Patientin zweimal normal entbunden. Drei Jahre nach der letzten Entbindung kam die Frau mit einem handtellergroßen Exsudat zwischen Uterus und Bauchdecken zu S., dasselbe war median gelagert und entsprach der Blasengegend. Es konnte constatirt werden, daß die Blase hinter dem Infiltrat, und daß dieses im Cavum Retzii liegen müsse. Der Sagittaldurchmesser des Exsudates wurde auf 1 Zoll geschätzt. Der Tumor hat sich allmählich verkleinert. Hier dürfte es sich um Einwanderung der Seidenfäden in die Blase gehandelt haben. In allen hierher gehörigen Fällen ist es fraglich, ob es sich um eine entzündliche Infiltration oder um Urininfiltration handelt. Letztere Annahme hätte insofern viel für sich, da hierfür die besondere bretharte Beschaffenheit des Exsudates spricht. Doch ist auch Infection möglich, da durch eine solche auch harte Exsudate entstehen können.

R. v. Braun-Fernwald erinnert an einen ähnlichen Fall, bei dem es sich um ein Infiltrat vor der Harnblase gehandelt habe. Es bestand eine handtellergroße Infiltration, und man hatte damals ein noch deutlicheres Bild von einem bullösen Oedem als hier. Es handelte sich um eine Frau, die spontan entbunden hatte und in die Ambulanz kam. Fieber im Wochenbett wurde negirt. Das Infiltrat ging schließlich unter Priessnitzumschlägen zurück. Das cystoskopische Bild des Oedems erinnerte Vortr. lebhaft an das einer Blasenmole. Immerwahr (Berlin).

Truzzi (Parma): **Ueber einen seltenen Fall von Enuresis, durch eine gynäkologische Operation geheilt.** (Separat-Abdruck aus den Atti della Soc. Ital. di ost e gin., Vol. V, referirt im Centralblatt für Gynäkologie 1900, No. 11.)

Verf. weist nachdrücklich darauf hin, daß die Incontinenz der weiblichen Blase gar nicht so selten mit Anomalien des Genitalapparates verbunden ist. Der mitgeteilte Fall gilt als Beweis für den Nutzen einer genauen gynäkologischen Diagnose und Therapie. Die 36jährige Patientin litt seit ihrer Jugend an Enuresis nocturna. Die mit 16 Jahren eingetretenen Menses verminderten anfangs diese Störung; später jedoch verschlimmerte sich der Zustand derart, daß auch am Tage unfreiwilliger Urinabgang eintrat, besonders bei Anstrengung der Bauchpresse. Die objective Untersuchung ergab eine conische Portio, Uterus im Ganzen hypoplastisch, in Retroversion liegend; vordere Vaginalwand stark gespannt und von abnormer Kürze. Die anfangs eingeschlagene Therapie (Faradisation, Douchen, Massage) war völlig resultatlos. Verf. ging deswegen operativ vor: Die Retroversion wurde durch Laparohysteropexie beseitigt, während die vordere Vaginalwand durch die Operation von Skutsch (longitudinale Vernähung einer queren Incision) verlängert wurde. Der Erfolg war ausgezeichnet: Patientin verlor keinen Tropfen Urin mehr. Verf. hält eine suggestive Wirkung der Operation für sehr unwahrscheinlich; der gute Erfolg erklärt sich vielmehr daraus, daß die mechanische Ursache der Incontinenz (Zerrung am hinteren Segment des Blasensphincters in Folge der Retroversio und der abnormen Kürze der vorderen Vaginalwand) beseitigt wurde. Immerwahr (Berlin).

VII. Ureter, Niere etc.

E. Percy Paton (London): **A Case of Ruptured Ureter or Renal Pelvis.** (The British Medical Journal, 13. Januar 1900.)

Die sehr seltene traumatische Ruptur des Ureters oder Nierenbeckens, welche meist an der Uebergangsstelle beider nach Tuffier's Versuchen an der Leiche liegen soll und wahrscheinlich durch Quetschung gegen den Querfortsatz des I. bis III. Lendenwirbels bedingt wird, läßt sich nur bei Auffindung der Rißstelle diagnostisch auseinander halten. Daß auch eine Heilung ohne Nephrectomie und ohne Naht der Rißstelle noch nach Ablauf mehrerer Tage nach dem Unfall möglich ist, lehrt der von P. beschriebene Fall: Der 36jährige Mann war mit der linken Seite seines Leibes auf eine Kiste gefallen. Wegen Schmerzen suchte er das Krankenhaus auf, wo man einen Bruch der 12. Rippe und Druckempfindlichkeit des Leibes feststellte. Der Urin war bis auf geringen Blutgehalt normal. In den nächsten Tagen

Uebelkeit und Brechreiz, Urin normal, etwas frequenter Puls, kaum nennenswerte Temperatursteigerung, etwas gedämpfter Schall in der Seite. Der Zustand besserte sich derart, daß der Kranke am neunten Tage kurze Zeit aufstehen durfte. Am 12. Tage aber klagte derselbe wieder über Schmerzen in der linken Seite und man konnte jetzt einen deutlichen elastischen Tumor, der bis zum Beckenrande reichte, erkennen; Urin normal. Da die Anschwellung und die Schmerzen zunahmen, Incision. Bei Eröffnung des perinephritischen Gewebes entleerte sich eine beträchtliche Menge klarer, urinöser Flüssigkeit aus einer Höhle, die vom unteren Nierenpol bis zum Beckenrand reichte. Ein Riß ließ sich weder in der Niere noch im Nierenbecken, noch im Ureter finden. Drain, teilweise Naht. Die nächsten Tage kam der Urin noch durch den Verband und enthielt Eiter und Eiweiß; allmählich schloß sich die Wunde, der Urin wurde in normaler Beschaffenheit per vias naturales entleert, Patient ohne Fistel geheilt entlassen.

Blanck (Potsdam).

Alb. Robin: **Gegen Pyelitis.** (Le progrès médical 1900, No. 9.)

Rp. Acid. benzoici 0,2
Theriac 0,1
Natrii benzoici 4,0
Syrup. Rubi Idaei 30,0
Aquae Tiliae 90,0

MDS. Ein Eßlöffel 3 Stunden nach der Mahlzeit in einer kleinen Tasse Infus. Spiraeae ulmariae zu nehmen.

oder Rp. Ol. Terebinth.
Camphorae subtilissime pulverisatae . . āā 6,0
Extract. Opii 0,25
Extract. radicis Aconiti 0,2

M. f. pil. No. 60. S. alle 8 Stunden eine Pille zu nehmen.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Cassel: **Nephritis ohne Albuminurie bei jungen Kindern.** (Berliner klin. Wochenschrift 1899, No. 10.)

Verf. hat im Laufe der letzten Jahre eine Reihe von Krankheitsfällen bei Kindern beobachtet, denen allen ohne voraufgegangene Scharlacherkrankung bei nachweislich gesundem Herzen ein ausgebreiteter Hydrops, bei dreien verbunden mit Ascites, gemeinsam war, ohne daß während der gesamten Beobachtungsdauer auch nur ein einziges Mal die geringste Spur Eiweiß im Harn oder pathologische Formelemente nachgewiesen werden konnten. Es handelte sich um ganz junge Kinder, von denen eins 7 Wochen alt, 4 erst 2 Monate, 1 erst 5 Monate, 1 $1^1/_2$ Jahre und endlich 2 $2^1/_2$ Jahre alt waren. Bei zwei Kindern soll nach Angabe der Mütter 14 Tage vor Beginn der Oedeme ein bläschenförmiger Ausschlag (Varicellen?) bestanden haben, der rasch abgeheilt ist. Bei einem dritten Fall, bei dem der Hydrops sich schon zwei Wochen vor der Aufnahme zu bilden begonnen hatte,

brachen am zweiten Beobachtungstage Morbillen aus, die normal verliefen, ohne daß der Hydrops irgend wie davon beeinflußt wurde. In fünf Fällen aber waren Verdauungsstörungen acuten oder subacuten Characters dem Hydrops vorausgegangen. Endlich bei einem Kinde von zwei Monaten war anamnestisch und ätiologisch gar nichts zu eruiren. Scharlacherkrankungen konnten bei sämtlichen Kindern absolut ausgeschlossen werden. Auch chronische Infectionskrankheiten, wie Lues und Tuberculose, konnten bei sämtlichen Patienten ausgeschlossen werden. Der Ausgang der Affection in den neun Fällen war folgender: 4mal trat nach 4—6 Wochen Heilung ein, 2mal ist der Ausgang unbekannt geblieben, 3 Kinder endlich sind gestorben. Der Urin wurde jedesmal zu verschiedenen Tageszeiten mit Essigsäure-Ferrocyankalium und mittels Unterschichtung von Salpetersäure auf Eiweiß geprüft. In allen Fällen war der mehr oder minder reichlich gelassene Harn auffällig blaß, er reagirte schwach sauer, war von sehr niedrigem specifischen Gewicht und gab nie die geringste Spur einer Eiweißreaction, die mit den genannten Reagentien erkennbar gewesen wäre. Sediment war nicht vorhanden und auch durch die Centrifuge nicht zu gewinnen. Man konnte also mit Fug und Recht den Harn während der ganzen Zeit als frei von Eiweiß und Formelementen, den wichtigsten Kriterien einer Nierenaffection, bezeichnen.

Bei zwei der letal verlaufenen Fälle war Verf. in der Lage, die Obduction vornehmen zu können. Die dabei erhobenen Befunde sind dazu angethan, eine Aufklärung der pathologischen Dignität der vorerwähnten Fälle zu geben. In dem ersten Fall lautete die pathologisch-anatomische Diagnose: Pneumonia dextra et sinistra posterior hypostatica. Nephritis parenchymatosa. Catarrhus intestini crassi chronicus. Die mikroskopische Untersuchung der Nieren ergab trübe Schwellung der Epithelien der gewundenen Harncanälchen, in der Rinde wie im Mark eine unregelmäßig fleckweise auftretende, kleinzellige Proliferation. Bei starker Vergrößerung erkennt man, daß es sich zum Teil um mit dichten Zellanhäufungen gefüllte und entsprechend ausgeweitete, schlauchartige Canäle handelt. Die Canälchen sind mit den Zellen und ihren Zerfallsproducten oft so vollgestopft, daß ihr Lumen erheblich verbreitert (auf das 5—6fache) ist und das wandständige Epithel abgeflacht erscheint. Die geraden Harncanälchen in den Markstrahlen und Pyramiden zeigen in beträchtlicher Menge gleichfalls die zelligen Inhaltsmassen von der genannten Beschaffenheit. Die Proliferation gewinnt durch Confluiren solcher Bezirke und durch reichliche interstitielle Rundzellenanhäufungen hier einen mehr diffusen Character. Hyaline Cylinder sind nirgends erkennbar. Necrosen und Nierenepithelien sind in den Tubul. contort. sehr häufig, auch Abstoßung und Zerfall des necrotischen, zerfaserten und zerfranzten Epithels, das zum Teil keine Kernfärbung angenommen hat.

Nach diesem Befunde unterliegt es keinem Zweifel, daß in diesem Fall eine schwere Nierenentzündung eigenartigen Characters vorlag. Im zweiten Fall waren in den Nieren gleichfalls anatomische Veränderungen

nachzuweisen, die allerdings nicht so ausgedehnt und nicht so hochgradig waren, wie die im ersten Fall.

Verf. erblickt in seinen Fällen einen weiteren Beweis dafür, daß die Regel, daß die Albuminurie notwendiger Weise in dem Symptomencomplex der acuten Nephritis hineingehört, auch Ausnahmen zuläßt. Ferner glaubt er, auf Grund seiner Beobachtungen behaupten zu können, daß dem Hydrops ohne Albuminurie, der, wie aus der Litteratur ersichtlich, bei acuten Infectionskrankheiten und, wie aus den Beobachtungen des Verfassers hervorgeht, nach Darmcatarrhen bei jungen Kindern auftritt, eine wirklich vorhandene Nephritis zu Grunde liege. Er stellt seine Ansicht der Filatow's entgegen, der annimmt, daß es bei Kindern Fälle von idiopathischer Anasarka ohne Nephritis gäbe, die hauptsächlich im Gefolge des Scharlachs und auch sonst secundär auftreten. Die Wassersucht käme nach Filatow durch die im Blute kreisenden Toxine zu Stande, die einmal auf die Capillarwände in der Haut und in den serösen Häuten nachteilig einwirken, außerdem aber auf die serösen Apparate des Herzens einen schwächenden Einfluß ausüben, während Nephritis und Hydrämie auszuschließen seien. Für eine Stütze seiner Behauptung hält Filatow die Thatsache, daß diese Hydropsie stets einen leichten Verlauf nähme und während der ganzen Krankheit niemals Eiweiß und Formelemente im Urin, noch urämische Erscheinungen auftreten, daß ferner eine mehr oder minder große Abnahme der Herzthätigkeit vorhanden sei, die er physikalisch nachweisen konnte. Durch die Beobachtungen des Verfassers muß aber die Annahme Filatow's als erschüttert angesehen werden. Auf Grund seiner Befunde glaubt Verf., mit Henoch die Anschauung vertreten zu müssen, daß man in solchen Fällen stets an eine wirklich vorhandene Nephritis denken müsse. Jedenfalls müsse man bei der prognostischen Beurteilung eines idiopathischen oder essentiellen Anasarka vorsichtig sein und nicht auf Grund des dauernden Fehlens der Albuminurie und der Formelemente im Verlauf einer solchen Wassersucht die Nephritis ohne Weiteres ausschließen. Verläuft auch die Mehrzahl der Fälle günstig, so ist der tötliche Ausgang immerhin keine Seltenheit. Da man nun gar kein Kriterium besitzt, um am Krankenbett die Diagnose sicher zu stellen, so muß man in zweifelhaften Fällen immer eine Nephritis als möglicher Weise vorhanden annehmen und danach die Prognose stellen, sowie die Therapie gestalten. Lubowski.

Herbert P. Hawkins (London): **On „albuminuria in the apparently healthy“.** (The British Medical Journal, 9. December 1899.)

Trotz der seit 25 Jahren bekannten Thatsache, daß Albuminurie bei scheinbar gesunden Personen vorkommt, sind bisher eine Menge Fragen, die die späteren Schicksale dieser Leute betreffen, unbeantwortet geblieben. Zunächst müssen natürlich organische Veränderungen der Nieren, insbesondere das Anfangsstadium der Schrumpfniere, in dem eine leichte und unregelmäßige Albuminurie statthat, ausgeschlossen werden, desgleichen Verände-

rungen des Blutes (Anämie), Stauungszustände der Nieren bei Herzleiden toxische Albuminurie u. s. w.; es dürfen eben keine Symptome einer Krankheit vorhanden sein, der man die Eiweißausscheidung zusprechen könnte. Zur Feststellung genügen die Kochprobe und die Heller'sche Reaction, feinere Proben sind für den klinischen Begriff der „Albuminurie" überflüssig. Wenn man eine Einteilung der „Albuminurie bei scheinbar Gesunden" vornimmt, so muß man sich wohl bewußt sein, daß damit noch nicht die Grundursache des Vorganges gefunden ist, sondern daß wahrscheinlich allen Fällen ein und dieselbe Schädigung zu Grunde liegt. Die „Arbeitsalbuminurie" („Exertion alb.") wurde zuerst von Leube in 16 pCt. bei Soldaten nach einem anstrengenden Marsch beobachtet. Sie ist ein häufiges Vorkommnis und ist nach angestrengter Muskelthätigkeit wohl die Regel, vielleicht eine Folge der Steigerung des Blutdrucks. Hierher zählt auch die Albuminurie nach langdauernden epileptischen Attaken. Vorübergehende leichte Albuminurie, die sogenannte „nervöse Albuminurie", findet man bisweilen nach angestrengter psychischer Thätigkeit, weiter ist nach einem kalten Bad Albuminurie beobachtet. Nach reichlichem Genuß eiweißhaltiger Stoffe (Käse, Eier) oder beliebiger Nahrung trifft man als vierte die sogenannte „diätetische Albuminurie". Die häufigste Form ist die „Lagealbuminurie" (Postural alb.) oder besser „cyklische Albuminurie", welche, durch die Lage des Körpers bedingt, zu einer gewissen bestimmten Tageszeit sich einstellt, meist nach dem Frühstück oder Mittagsmahl; bis auf den geringen Eiweißgehalt zeigt der Harn nichts Abnormes. Verf. konnte solche Fälle sieben Jahre lang beobachten, einen bei drei Geschwistern, ohne später andere Krankheitssymptome zu finden. Wahrscheinlich ist diese „morgendliche Albuminurie" bedingt durch den Wechsel der Körperlage in Folge des Aufstehens aus dem Bett und die sich daran anschließende Thätigkeit. Zum Beweise hierfür berichtet Verf. einen Fall, der trotz 18tägiger Bettruhe beim Aufstehen seine Albuminurie wiederbekam, die jetzt fünf Jahre ohne Störung der Gesundheit anhält; während der 18 Tage fand sich kein oder nur Spuren von Albumen (letztere wohl die Folge unvermeidlicher Bewegungen). Man nimmt heute an, daß die Ursache der „Albuminurie bei scheinbar Gesunden" in einer Störung des vasomotorischen Mechanismus zu suchen ist, welcher den Blutzufluß und Abfluß der Glomeruli regelt, nicht in der Nierenstructur selbst, indem temporäre Veränderungen des Blutdrucks in den Capillaren der Glomeruli die für die Harnsecretion wichtige Intactheit der Glomerulusepithelien schädigen und dadurch eine Eiweißausscheidung herbeiführen. Alle klinischen Erscheinungen sprechen für diese Erklärung. Ueber die Prognose dieser oft als „physiologisch", oft als „functionell" bezeichneten Albuminurie können nur Diejenigen ein richtiges Urteil haben, welche die Fälle lange genug, d. h. durch ihr ganzes Leben beobachten. Das aber können nicht Beobachtungen aus Krankenhäusern für sich beanspruchen. Wir wissen nicht, ob der Zustand je sich bessern oder gar aufhören wird, wenn er auch Jahre lang stationär bleiben kann. Die Prognose ist daher immer vorsichtig zu stellen, jedenfalls eine jährlich drei- oder viermal vorzunehmende Urin-

untersuchung anzuraten und bei ev. Thätigkeit für Lebensversicherungen die Erreichung eines natürlichen Lebensalters für solche Person zu bezweifeln. Die Behandlung besteht in der Beseitigung der genannten ätiologischen Factoren; bei der cyklischen Albuminurie ist psychisch auf den etwa ängstlichen Kranken in beruhigender Weise einzuwirken; alle sonstigen etwa angewendeten Mittel sind unnütz. Blanck (Potsdam).

F. Parkes Weber (Dalston): **The Unimportance of the Presence of a Trace of Albumen or Nucleo-Albumen in Urines of Extremely low Specific Gravity.** (The British Medical Journal, 6. Januar 1900.)

Unter Urin von äußerst niedrigem specifischen Gewicht versteht Verf. Urin, der frisch gelassen ein spec. Gewicht von 1000, bei Abkühlung von ungefähr 1001 hat. Wenn ein solcher Urin klar ist, so kann man aus einem unbedeutenden Eiweißgehalt keine diagnostischen Schlüsse ziehen. Dabei hat sich W. nur der Kochprobe bedient, d. h solcher Urin gab beim Kochen des oberen Teils der im Reagensglas befindlichen Flüssigkeit und bei Zusatz von Essigsäure eine schwache, aber deutliche Trübung. Zur Illustration dient folgender Fall: Ein Mann kommt Mittags, ohne gefrühstückt zu haben, von seiner beruflichen Thätigkeit eiligst zum Arzt und hat in der Eile unterwegs noch Selter mit Cognac getrunken. Bei der zum Zweck der Aufnahme in eine Lebensversicherung statthabenden Untersuchung findet der Arzt einen ziemlich frequenten Puls, verstärkte Herzthätigkeit, selbst ein temporäres systolisches Geräusch; wenn der Urin dann fast farblos und von einem spec. Gewicht von ungefähr 1000 ist, kann man schon im Voraus eine schwache Spur Eiweiß vermuten. Der Atem hat einen deutlichen alkoholischen Geruch. Selbst wenn der Betreffende Alkoholiker wäre, ließe sich kein positiver Schluß aus der Urinuntersuchung ziehen, da der Eiweißgehalt bei ganz gesunden Personen vorkommen kann. Der Urin enthält eben dann unter dem Einfluß irgend welcher zur Zeit vorliegenden Verhältnisse eine geringe Spur Albumen oder Nucleoalbumin, aber kaum Spuren von Harnstoff, Uraten oder anderen festen Bestandteilen bei bedeutendem Flüssigkeitsquantum. (Blanck (Potsdam).

Thomas J. Yarrow (Philadelphia): **Injuries of the Kidney and traumatic (parenchymatous) Nephritis, with clinical Report of an illustrative Case accompanied with Haematoidinuria and Albumosuria, terminating in complete Recovery.** (The New York Medical Journal, 6. Januar 1900.)

Folgeerscheinungen von traumatischen Nierenläsionen, wie Pyonephrosis, eitrige interstitielle Nephritis, Peritonitis, Hydronephrosis, perinephritische Abscesse und Nierenfisteln sind in der Litteratur mehrfach beschrieben. Unerwähnt ist bisher die traumatische Form der parenchymatösen Nephritis geblieben. Verf. beschreibt einen solchen Fall, dessen chemische

und mikroskopische Urinbefunde in sehr genauer Weise verfolgt und wiedergegeben sind. Der Kranke war ein 7jähriger Knabe, der von einem Kohlenwagen überfahren war, und zwar waren die Räder über den rechten Oberschenkel und die rechte Nierengegend hinweggegangen. Der alsbald abgelassene Urin war völlig klar. Zwei Stunden darauf entleerte der Knabe 360 ccm blutigen Harns. Die Temperatur erhob sich zeitweise nur wenig über die Norm; keine Schmerzen. Nach kaum $1^1/_2$ Monaten völlige Heilung: die Urinanalyse hatte eine parenchymatöse Nephritis bei dem vor dem Unfall völlig gesunden Kranken ergeben. Am meisten interessant war das Vorkommen von Hämatoidinurie und Albumosurie. Die Hämatoidinkrystalle waren an Form und Größe verschieden; das Hämatoidin fand sich in Leukocythen und Nierenepithelien und als freie amorphe Massen (Tafel ist beigegeben).
Blanck (Potsdam).

Tirocchi: **Ipnotici e diuretici sulla funzione renale.** (Il Policlinico 1900, No. 1. Ref. nach Gazz. degli osp. e delle clin. 1900, No. 27.)

Um die combinirte Wirkung von narcotischen und harntreibenden Mitteln auf die Nierenfunction festzustellen, experimentirte Verf. an Kaninchen, denen er subcutan Chloralhydrat, Duboisinum sulfuricum, ferner Coffein, Diuretin, Natrium nitricum und Arbutin injicirte. Zuerst wurde das Diureticum und dann nach einer gewissen Beobachtungsdauer das Narcoticum verabreicht. Die Harnröhre der Tiere war unterbunden, und die Beobachtung erfolgte von einer Blasenfistel aus. Dieselbe ergab, daß durch Chloralhydrat die diuretische Wirkung des Arbutins und Coffeins immer, die des Diuretins und Kaliumnitrats zuweilen, die des Natriumnitrats dagegen nie gesteigert wurde. Duboisinum sulfuricum steigerte die diuretische Wirkung von Coffein, Natriumnitrat, Diuretin, Arbutin und zuweilen auch von Kaliumnitrat. Coffein sowie auch die alkalischen Nitrate und Arbutin hatten ohne Zufügung der Narcotica überhaupt keine diuretische Wirkung, wohl aber Diuretin. Verf. warnt davor, die bei gesunden Kaninchen auf subcutanem Wege erhaltenen Resultate ohne Weiteres in die Therapie beim kranken Menschen, bei dem zudem eine andere Darreichung stattfindet, zu übertragen.
Dreyer (Köln).

Robert Coleman Kemp: **Further experimental researches on the effects of different anaesthetics on the kidneys.** (The New York Medical Journal, 18. und 25. November und 2. December 1899.)

Im Verlauf von Experimenten, die Verf. und William H. Thomson vor Jahresfrist über „die Wirkungen von Serum- und Antitoxininjectionen auf die Circulation der Nieren“ angestellt hatten, war ihnen die Wirkung des Aethers, welchen sie zur Narcose verwendeten, auf die Nierencirculation aufgefallen. Verf. versuchte daher experimentell die Wirkung verschiedener

Narcotica auf die Niere festzustellen. Er operirte an Hunden und beschreibt genau die Versuchsanordnungen, die im Original nachgelesen werden müssen. Folgende Resultate ergaben sich:

1. Durch Aether wird der allgemeine Blutdruck erhöht; in kleinen Gaben erhöht sich auch der Blutdruck in den Nieren, während er bei größeren Dosen stark sinkt. Die Nierensecretion verringerte sich bis zur völligen Stockung. Eiweiß zeigte sich schon bei mäßiger Narcose und stieg bis zu 60 Volumenprocent kurz vor Aufhören der Secretion.

2. Bei Chloroformanwendung sank der Blutdruck in den Carotiden nach nur ganz kurz dauerndem Steigen; nach Aussetzen des Mittels stieg er alsbald wieder. Ebenso verhielt sich der Blutdruck in den Nieren. Die Nierensecretion dauerte unverändert bis fast zu den letzten Atemzügen an, auch Eiweißausscheidung fehlte und hielt sich selbst nach langer Narcose in bescheidenen Grenzen.

3. Bei Anwendung eines Gemischs (A. C. E.-Mixture) von 1 Volumteil Alkohol, 2 Chloroform und 3 Aether zeigte der allgemeine Blutdruck ziemlich gleiches Verhalten wie bei Chloroform; bei wenig Zutritt von Luft Blutdruck in den Nieren wie beim Aether, sonst wie bei Chloroform. Die Nieren secernirten reichlicher als bei Aether allein, aber weniger als bei Chloroform, gänzlich hörten sie aber auch bei starker Dosis nicht auf zu secerniren.

4. Die drei Schleich'schen Gemische (Chloroform, Petroleumäther und Schwefeläther in verschiedenem Verhältnis) ergaben bis auf den verschiedenen Grad dieselbe Wirkung: Blutdruck in den Carotiden wie bei 3., in den Nieren mehr wie bei 1. als bei 3. Die Nieren secernirten weniger wie bei 3., jedoch keine Stockung; Eiweiß gleich im Beginn, nicht so viel wie bei 1.

5. NO_2 bewirkte starkes Steigen des Blutdrucks in Folge der Beeinflussung der Respiration, ohne specifisch den in den Nieren zu beeinflussen; die Nierensecretion verringerte sich schnell; wenig Eiweiß.

6. Anästhol (von Willy Meyer empfohlenes Gemisch von Chloroform und Aether und Chloräthyl; seine Zubereitung und Eigenschaften werden genau angegeben) wirkte ähnlich, aber stärker auf den Blutdruck als Chloroform; der Blutdruck in den Nieren bei Luftzutritt wie bei Chloroform, sonst wie bei Aether. Die Nierensecretion stockt gänzlich, nur am Schluß ließen sich ein paar Tropfen blutigen, eiweißhaltigen Urins gewinnen.

7. Das Aethylchlorid wirkt vornehmlich auf die Atmung und zeitigt Symptome wie 6.

Aus diesen Resultaten lassen sich folgende Schlüsse ziehen: Der Gebrauch von Aether ist contraindicirt bei Nierenkranken, besonders wenn sie Neigung zu Lungenödem zeigen. Chloroform scheint nicht auf die Nieren einzuwirken. Das A. C. E.-Gemisch und die Schleich'schen Gemische verdienen keinen Vorzug in der Anwendung, da ihre Wirkungen sich aus denen ihrer Componenten zusammensetzen. Anästhol ist ein gefährliches Narcotisirungsmittel Am wenigsten gefährlich für die Nieren ist $NO_2 + O$, ihm

kommt das Chloroform sehr nahe, Aether ist ein sehr deletäres Mittel für die Nieren; alle Gemische sind gefährlich und bieten keine Vorteile. Vor jeder Narcose untersuche man sorgfältig den Urin auf Menge, Harnstoff, Indicangehalt etc., untersuche den kurz vor der Operation durch Katheterisirung gewonnenen Urin und, will man die Wirkung des Narcoticum prüfen, auch den am Schluß der Narcose entleerten Harn unter Berücksichtigung der Menge des verbrauchten Betäubungsmittels wie seiner Anwendungsmethode. Verf. hat auch diese Bestimmungen bei Operationen an Menschen ausgeführt und macht uns mit den Resultaten bekannt. Er empfiehlt bei fraglicher Intactheit der Nieren die Hypodermoklyse physiologischer Kochsalzlösung kurz vor dem Ende der Narcose, um möglichst renale Complicationen zu vermeiden. — Zum Schluß seiner bemerkenswerten und für die Narcose sehr wichtigen Ausführungen führt Verf. aus den Krankenberichten des Roosevelt-Hospitals drei Todesfälle von 68 nach Operationen auf der chirurgischen und zwei von 22 auf der gynäkologischen Station an, die auf renale Schädigungen in Folge der Aethernarcose zurückzuführen waren, d. i. 5,5 pCt. Wenn man berücksichtigt, daß die Operationen von geschulten Chirurgen unter den besten äußeren Verhältnissen ausgeführt wurden, so „kann wohl Niemand leugnen, daß das Narcotisirungsmittel Nierensymptome hervorrufen kann, die leider einen traurigen Ausgang bedingen können“.

Blanck (Potsdam).

Ulrich Friedemann (Berlin): **Ueber die Veränderungen der kleinen Arterien bei Nierenerkrankungen.** (Virchow's Archiv 1900, Bd. 159, Heft 3.)

Schon sehr lange ist es bekannt, daß bei der chronischen interstitiellen Nephritis Veränderungen in den kleinsten Körperarterien auftreten. Ueber den histologischen Character dieser Veränderungen und ihr ursächliches Verhältnis zur Nierenerkrankung sind die Meinungen noch heute verschieden. Neigt auch die überwiegende Mehrzahl der Autoren der Ansicht zu, daß in einer großen Zahl der Fälle die Arterienveränderungen nicht die Ursache der Nierenerkrankung sind, sondern eine Folge derselben, oder daß beide durch dieselben Momente bedingt sind, so wird doch die Frage dadurch sehr complicirt, daß auf der anderen Seite Arteriosclerose und Atherom der Nierenarterien häufig zur Nierenschrumpfung führen und histologisch eine Unterscheidung zwischen den primären und secundären Gefäßveränderungen gewöhnlich nicht gemacht wurde. Zwar findet man in den über diesen Gegenstand erschienenen zahlreichen Schriften neben den Veränderungen, die zweifellos arteriosclerotischer Natur sind, auch solche beschrieben, die einen etwas abweichenden Typus zeigen. Da man jedoch beide Arten von Veränderungen oft in derselben Niere und sogar in demselben Gefäß fand, wurden sie nur als verschiedene Stadien desselben Processes aufgefaßt.

Verf. hat nun in der pathologisch-anatomischen Anstalt des städtischen Krankenhauses am Urban 19 Nieren, und zwar zunächst ohne Rücksicht

auf die Art der Nierenerkrankung, untersucht und fand in 17 derselben Gefäßveränderungen. Im Gegensatz zu den früheren Forschern hat Verf. auf Anraten Benda's die Unna-Tänzer'sche Orceinfärbung und die Weigert'sche Elastinfärbung angewandt. Bei seinen Untersuchungen verfolgte Verf. den Zweck, festzustellen, welches der histologische Character der bei der interstitiellen Nephritis auftretenden Gefäßveränderungen ist und inwieweit sie der Arteriosclerose und den übrigen Formen der Endarteriitis gegenüber eine selbstständige Stellung einnehmen. Die dabei gewonnenen Resultate faßt Verf. dahin zusammen:

Bei allen Formen der chronischen interstitiellen Nephritis treten in den kleineren Arterien des Körpers Veränderungen auf, die im Wesentlichen in einer Hypertrophie der drei Arterienhäute bestehen. Die bisher als Endarteriitis fibrosa bezeichnete Intimaverdickung besteht nicht aus gewöhnlichem fibrillären Bindegewebe, sondern aus neugebildeten elastischen Membranen. Daneben findet sich häufig in den kleineren Arterien auch Arteriosclerose, die sich von der Arterienhypertrophie dadurch unterscheidet, daß die Verdickung der Media nicht durch Vermehrung der Muskelfasern, sondern des Bindegewebes bedingt ist. In der Intima findet sich nach innen von den neugebildeten elastischen Membranen eine mehr fibröse oder hyaline Schicht, in der stets Degenerationserscheinungen an den elastischen Gewebsbestandteilen, bisweilen auch Vascularisation und necrotische Partien vorhanden sind. Beide Veränderungen kommen oft an demselben Gefäß vor, so daß eine scharfe Trennung nicht immer möglich ist. In einer großen Zahl der Fälle tritt die Arterienhypertrophie dagegen für sich auf. Die Ursache für dieselbe bietet die Blutdruckssteigerung bei Nephritis interstitialis, und zwar sind die erhöhten Widerstände, durch welche dieselbe bedingt ist, in das Capillarsystem zu verlegen. Die neuen Membranen entstehen durch Auffaserung der Elastica interna und darauffolgende Neubildung, die von den zwischen den Lamellen der Membrana elastica interna gelegenen Zellen ausgeht. Daneben bilden sich wahrscheinlich in der Media elastische Fasern, die sich zu Membranen zusammenlagern.

Unter den 17 Fällen, welche Gefäßveränderungen zeigten, befanden sich zwei Schrumpfnieren, in denen die Gefäße sicher die reine Hypertrophie ohne jede Spur von Arteriosclerose zeigten. Die große Mehrzahl der Fälle betraf Individuen, welche in den 40er Jahren oder im Anfang der 50er Jahre gestanden hatten. Auch hier waren meist keine Zeichen von Arteriosclerose vorhanden. Doch zeigten hin und wieder an einzelnen Gefäßen die elastischen Membranen nicht mehr ihr scharfes contourirtes Aussehen, sondern waren etwas gezackt oder körnig. Bisweilen schien auch die Zwischensubstanz etwas reichlicher zu sein. Bei drei Individuen, welche das 40. Jahr bereits überschritten haben, trat die Arteriosclerose entschieden in den Vordergrund und hatte in zwei Fällen zu so starker Verengerung der Gefäße geführt, daß man sie für die Ursache der Nierenschrumpfung ansehen mußte. In einem Fall fand sich trotz hochgradiger Nierenschrumpfung weder Arteriosclerose noch Arteriohypertrophie. Lubowski.

Merklen et Martin: **La polyurie des artériosclèreux.** (Le progrès médical 1900, No. 13.)

In der Société médicale des hôpitaux teilten die Verfasser das Resultat ihrer Beobachtungen über die Polyurie der Arteriosklerotischen mit, welche selbst bei Herzinsufficienz weiter besteht. Sie meinen, daß die Polyurie bei Arteriosklerose eine Folge der Milchdiät ist und zuweilen des Abusus spirituosorum. Diese Polyurie ist begleitet von einer Hypertrophie des Herzens mit Dilatation, in Deutschland Bierherz genannt, weil man dasselbe häufig bei starken Biertrinkern beobachtet. Die Polyurie ist häufig unabhängig von der Hypertension. Die Durchgängigkeit der Nieren kommt gleichfalls bei der Pathogenese der Polyurie in Betracht. In Folge dessen hält Merklen die Milchdiät bei Arteriosklerose für geboten, da die Polyurie eine compensatorische ist. Eine Ausnahme muß man aber bei der plethorischen Polyurie machen. Die Nieren der Arteriosklerotischen zeigen eine diffuse Sklerose der Pyramiden und außerdem Endarteriitis chronica und Epithelveränderungen der Tubuli contorti. Die Durchgängigkeit dieser Nieren hängt ab teils von der arteriellen Ischämie, teils von der Dystrophie der Epithelien. Die Milchdiät compensirt diese Undurchgängigkeit während einer hinreichend langen Zeit.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Richter: **Experimentelles über den Aderlass bei Urämie.** (Berl. klin. Wochenschr. 1900, No. 7.)

Manche Autoren messen dem Aderlaß bei der Behandlung der Urämie einen gewissen Wert bei. So giebt Leube an, daß sich, wenn man bei der schweren Form der Urämie mit keinem der gewöhnlichen Mittel zum Ziele komme, die directe Entfernung des Giftes durch eine Venäsection mit nachfolgender Infusion physiologischer Kochsalzlösung empfehle. Er wendet das Verfahren regelmäßig derart an, daß er 250 ccm Blut entzieht und etwa 400 ccm 0,6proc. Kochsalzlösung infundirt. Der leitende Gedanke bei der Empfehlung und Anwendung des Aderlasses bei Urämie ist der, eine Entgiftung des Organismus zu bewirken, mit einer bestimmten Menge Blutes auch eine Anzahl von Giftstoffen aus dem Körper herauszuführen, die in ihrer Gesamtheit nach der gegenwärtigen Annahme das Symptomenbild der Urämie schaffen. Eine plausible Erklärung für die Art und Weise, auf welche die therapeutische Beeinflussung urämischer Zustände durch den Aderlaß zu Stande kommt, fehlt noch zur Zeit, da es von vorn herein wenig wahrscheinlich erscheint, daß mit der im Verhältnis zur Gesamtquantität recht geringen Blutmenge, welche man beim Aderlaß dem Körper entzieht, eine beträchtliche Elimination von Giftstoffen erzielt werden soll. Von der Annahme ausgehend, daß die Urämie der Ausdruck einer Insufficienz der Nierenthätigkeit ist und daß bei der ausgesprochenen Urämie eine Zunahme der moleculären Concentration des Blutes zu verzeichnen ist, stellte Verf. darüber Untersuchungen an, wie sich therapeutischen Eingriffen gegenüber, welche den Zweck verfolgen, die Insufficienz der Nierenthätigkeit zu ver-

bessern, diese Zunahme der moleculären Concentration, welche sicherlich ein Indicator mangelhafter Nierenthätigkeit ist, verhält.

Verf. hat nun in dieser Beziehung den Aderlaß mit und ohne nachfolgende Kochsalzinfusion geprüft. Die Versuchsanordnung war derart, daß er an Tieren, bei welchen teils durch eine Reihe von nephritiserzeugenden Mitteln, teils durch die völlige Ausschaltung der Nierenthätigkeit mittels Nephrectomie eine Niereninsufficienz herbeigeführt war, die moleculäre Concentration des Blutes bestimmte und sie mit der gleich großer Tiere verglich, die genau in derselben Weise behandelt waren, bei denen aber während der Dauer des Versuchs ein oder mehrere Male größere Blutmengen entnommen bezw. das entnommene Blut durch Kochsalzlösung ersetzt war. Es ergab sich nun als das übereinstimmende Resultat der Versuche, daß die langsam und allmählich sich entwickelnde Niereninsufficienz, wie sie durch vorsichtige Dosirung von Nierengiften erzielt wird, in ihrem Ausdruck, der gesteigerten moleculären Concentration des Blutes, durch den Aderlaß nicht verändert wird. Desgleichen stellte Verf. durch eine andere Reihe von Versuchen fest, daß auch bei rasch und plötzlich veränderter Concentration des Blutes durch den Aderlaß mit und ohne Kochsalzinfusion eine wesentliche Verminderung des osmotischen Druckes nicht eintritt. Verf. betont aber, daß durch den negativen Ausfall seiner experimentellen Untersuchungen die empirisch gefundene Thatsache von der günstigen Wirkung des Aderlasses bei der Urämie nicht umgestoßen wird: es entscheide, meint er nämlich, die Praxis, und die Theorie habe sich der Praxis zu fügen, nicht aber umgekehrt.

Lubowski.

Dr. Victor Scheiber (Straßburg): **Ueber die Indicationen des Milchregimes bei der Behandlung der Albuminurie.** (Wiener med. Blätter 1900, No. 10 und 11.)

Der Arzt, welcher bei einem sonst gesund scheinenden Individuum, dessen Urin weder Eiter noch Blut enthält, eine Albuminurie entdeckt, muß sich, ehe er eine Behandlung einleitet, die Frage vorlegen, welches die Ursache dieser Eiweißausscheidung sei, ob dieselbe durch eine Nierenläsion, deren Quelle in den anamnestischen Daten des Kranken ausfindig zu machen ist, bedingt sei, oder ob dieselbe blos aus einer functionellen Störung resultirt. Seine Untersuchungen sollen sich beziehen auf die pathologischen Antecedentien, auf die Harnmenge, auf deren Zusammensetzung, auf die normale Beschaffenheit oder die Störungen im chemischen Verhalten, auf die Natur des Sediments, auf das Verhältnis der Stickstoffausscheidung, auf die Schwankungen der Ziffer des Albumingehalts, auf dessen beständiges oder intermittirendes Auftreten, auf den Zustand des Herzens und der Arterien, ferner auf das Vorhandensein von Allgemeinsymptomen der chronischen Nephritis und deren Störungen der Circulation und Innervation. Wenn die Resultate dieser Untersuchung das Vorhandensein einer Nephritis chronica ergeben, welche sich schleichend oder im Gefolge einer infectiösen Nephritis bei Scharlach oder Grippe entwickelt hat, dann kann an eine Therapie gemäß

der Pathogenese nicht gedacht werden; man wird sich dann vornehmlich an die reinigende Function der Nieren halten müssen. Nun besitzen wir keine Medicamente, welche im Stande wären, dem Brighti'schen Processe Einhalt zu thun, sei es dem epithelialen oder dem interstitiellen, ebenso wenig wie solche, das im Nierenfilter entstandene Loch zu verstopfen. Dagegen ist es erforderlich, den Fehler, welcher daraus erwächst, soviel als möglich geringer zu machen; zu diesem Ende muß die Hygiene der Ernährung in die erste Reihe gestellt werden und für die Milch, welche gleichzeitig ein Medicament und ein Nahrungsmittel ist, liegen dann zahlreiche und dringende Indicationen vor, ohne daß man dieselbe jedoch trotz alledem als ein Specificum zu betrachten in der Lage wäre. Wenn aber die Anamnese des Betreffenden kein Moment ergiebt, um an der Integrität der Nieren zu zweifeln, wenn das Gesamtbefinden ein gutes, die Zusammensetzung des Harns, mit Ausnahme des Vorhandenseins von Albumin, nicht verändert und die Umstände dieser Albuminurie im Widerspruch mit der Annahme einer dauernden Nierenläsion sind, dann ist man wohl berechtigt, an einen rein functionellen Character dieses Symptoms zu denken und muß die Grundlage des Uebels ausfindig zu machen trachten, damit die Behandlung gegen dieses Grundleiden gerichtet sein könne. Trotz des befriedigenden Allgemeinzustandes ist die Behandlung dringend geboten, weil die Vernachlässigung der functionellen Störung die Läsion steigern kann, vermöge der schädlichen Einwirkung, welche die Passage des Albuminharns auf das Nierenepithel auf die Dauer haben muß. Neben der Behandlung auf Grund der Pathogenese muß auch die rein symptomatische eingeleitet werden, d. h. es muß danach getrachtet werden, durch geeignete hygienische Maßnahmen die Nierenreizung zu verhüten oder, falls sie bereits vorhanden ist, sie zu beseitigen. Von diesem Gesichtspunkt aus wird die Indication für den Gebrauch der Milch häufig viel eher in der Form eines gemischten Regimes, als in ganz ausschließlicher Weise gegeben sein. Man muß sich somit davor hüten, unbedingt für oder unbedingt gegen ihre Anwendung Partei zu nehmen; für alle Fälle wird man es jedoch zu vermeiden haben, daß die betreffenden Kranken dadurch, daß man ihnen eine unzureichende Ernährung auferlegt, geschwächt werden oder Widerwillen empfinden, oder daß ihre Verdauungsorgane durch ein ganz ungeeignetes Beharren bei diesem ausschließlichen Regime ermüden. Immerwahr (Berlin).

Bazy: **La néphropexie en hamac (Aufhängen).** (Société de chir., 25. Oct. Revue de chir. 1899, XII, 743.)

Bazy verfährt bei der Nephrorrhaphie folgendermaßen: Hautincision von der Rippe bis einen Querfinger oberhalb der höchsten Stelle des Os ilei. Incision der Muskeln, der Capsula adiposa renis und Abschälung der Fettkapsel, um die Hinterfläche der Niere freizulegen. Placirung von drei transversalen Fäden über die hintere Nierenfläche unter der Capsula fibrosa, möglichst dicht unter dieser. Die oberen Fäden werden durch den zehnten Intercostalraum durchgeführt, die unteren Fäden führt B. durch die Muskel-

massen unterhalb der zehnten Rippe. Nun drängt man die Niere nach oben, knüpft die Fäden, die Niere liegt dann an der Innenfläche der Rippen. B. zieht darauf einen Catgutfaden in die Muskeln unter der zehnten Rippe, zieht das Fettgewebe nach oben und näht es mit dem Faden unterhalb der Niere zusammen, geht mit dem Faden noch durch die Muskeln und knüpft ihn mit seinem anderen Ende. Feste Naht der Muskeln und der Haut. Die Resultate sollen gute sein. Mankiewicz.

Février: **Remarques à propos d'une observation de calcul du rein.** (Congr. franç. de chir. 1899. Revue de chirurg. 1899, XI, 600.)

Ein Unteroffizier litt seit mehr als sechs Jahren an heftigen Schmerzanfällen der rechten Niere mit durch Bewegung gesteigerter Hämaturie. Niemals war Sand im Harn beobachtet worden. Die Krisen waren von Erbrechen und manchmal langdauernder Anurie begleitet. Die rechte Niere war bei der Palpation schmerzhaft, aber normal groß. Kein Eiter im Harn, kein Fieber, die Blase gesund. Die zweimal vorgenommene Röntgendurchleuchtung war ergebnislos. Bei der Nephrotomie fand man einen kleinnußgroßen Stein, aus krystallinischem oxalsauren Kalk, phosphorsaurem Kalk und Spuren organischer Substanz bestehend. Wieso der Stein für Röntgenstrahlen durchgängig war, ist unerklärt (zu lange Exposition? D. Ref.). Bisher ist die Nephrotomie noch das sicherste diagnostische Mittel bei Nierensteinen. Mankiewicz.

Carlier: **Nephrectomie sous-capsulaire pour pyonephrose ancienne.** (Congr. franç. de chir. 1899. Revue de chirurg. 1899, XI, 600.)

Ein Patient hatte von einer Nephrotomie wegen einer großen Pyonephrose eine Eiter und Harn absondernde Fistel zurückbehalten. Plötzlich kam es zu einer perirenalen Eiterung; der Eiter folgte dem Lauf der Samengefäße, ging durch den Leistencanal und kam in's Scrotum; deshalb ließ sich der Kranke endlich die Niere entfernen. Bei der Operation fand man eine ausgedehnte Perinephritis fibrolipomatosa mit zahlreichen Verwachsungen; daher machte Carlier die subcapsuläre Nephrectomie, welche nicht schwierig war und Heilung brachte. C. rät, in Fällen, in denen die Nierenkapsel innig mit dem harten Gewebe der Perinephritis, welches selbst wieder durch Adhäsionen mit den Nachbarorganen zusammenhängt, verwachsen ist, von vornherein die subcapsuläre Entfernung des Organs vorzunehmen. Mankiewicz.

Hiram N. Vineberg (New York): **Nephrectomy for ascending tuberculosis.** (Medical Record, 9. December 1899.)

Ueber einen Fall von Nephrectomie wegen ascendirender Tuberculose berichtete Vineberg in der „New York Academy of Medicine". Die 47jähr. Frau kam vor zwei Jahren in die Behandlung des Verfassers wegen schmerz-

haften und häufigen, seit sechs Jahren bestehenden Harndranges. Tuberkelbacillen wurden im Urin gefunden, eine Hämaturie war bisher nicht eingetreten; damals bestanden keine Symptome, die für den Sitz der Erkrankung in den Nieren sprachen. Unter localer Behandlung besserte sich der Zustand. Während anfangs die Uretermündungen frei von jeder Entzündung waren, zeigte sich später zuerst ein roter Flecken in der Nähe des linken Orificium uretero-vesicale, die erst vor circa $^1/_2$ Jahr sich bis zu dem betreffenden Orificium ausbreitete. Verf. exstirpirte die linke Niere, die durch Verkäsung fast ganz zerstört war. Die Kranke hat seitdem 15 Pfund an Gewicht zugenommen, ohne daß die Blasensymptome sich verloren.

Blanck (Potsdam).

Hofmeier: **Carcinom der Nebenniere als Recidiv eines Uteruscarcinoms $6^1/_2$ Jahre nach der Exstirpation.** (Verhandlungen der Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol. zu Berlin. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 1900, XLII, S. 185.)

Die Patientin war wegen starker Oedeme, besonders am linken Bein, und wegen Erbrechens in's Krankenhaus gekommen und starb nach wenigen Tagen. Es war kein Eiweiß im Harn. Der 1892 entfernte Uterus hatte bis zur Grenze des Operationsschnittes (Ruge) Carcinom aufgewiesen. Das Präparat zeigt nur am Foramen obturatorium eine kleine, carcinomatös entartete Drüse, ferner um die Ureterenmündungen kleine carcinomatöse Stränge, welche die Harnleiter verengten und zu doppelseitiger Hydronephrose führten, welche wohl das Erbrechen durch urämische Intoxication und den Exitus veranlaßten. Starke Nephritis der linken Niere; Carcinom der linken Nebenniere, welches sich mikroskopisch ebenso darstellt wie die Neubildung des vor $6^1/_2$ Jahren entfernten Uterus.

Mankiewicz.

Prof. Nothnagel: **Morbus Addisonii.** (Allgemeine Wiener medicinische Zeitung 1900, No. 13—15.)

Bei Gelegenheit einer klinischen Demonstration unterzieht Verf. den Morbus Addisonii einer eingehenden Besprechung, wobei er hauptsächlich auf die pathologisch-anatomische Seite dieser Erkrankung eingeht, nämlich auf den Zusammenhang des Morbus Addisonii mit Erkrankungen der Nebennieren. Die festgestellten Wechselbeziehungen zwischen Morbus Addisonii und den Nebennieren sind sehr mannigfach, so daß sich bestimmte Angaben darüber nicht machen lassen. Zweifellos ist nur dieses: In den Fällen, wo man einen anatomischen Befund erhoben hat, betraf derselbe immer Nebennieren, Plexus solaris, Ganglion coeliacum und die Nerven, die zu den Nebennieren ziehen. Im Großen und Ganzen ist der M. Addisonii eine seltene Erkrankung; da aber früher von den meisten Aerzten jeder einzelne Fall publicirt wurde, so weist die Litteratur bereits eine stattliche Gesamtsumme auf. Die Nebennieren sind in 88 pCt. aller veröffentlichten Fälle erkrankt gefunden worden, in 12 pCt sind die Nebennieren gesund

gewesen. Meist hat man constatirt, daß die Nebennieren degenerirt waren, derart, daß ihre Substanz vollständig zu Grunde gegangen war. In seltenen Fällen ist es vorgekommen, daß nur eine Nebenniere erkrankt war, in der Mehrzahl der Fälle waren beide Nebennieren total erkrankt, und es hat sich gezeigt, daß es hauptsächlich eine ganz besondere Art der Nebennierenerkrankung ist, die sehr häufig mit dem M. Addisonii einhergeht, das ist eine echte tuberculöse Entzündung, bei welcher man Tuberkelbacillen nachweisen kann. Diese Tuberculose kann zuweilen primär vorkommen. Das ist so zu verstehen, daß irgendwie, vielleicht vom Darm aus Tuberkelbacillen eindringen, in die Drüsen kommen, sich hier ansiedeln und hier eine tuberculöse Entzündung der Nebennieren anregen. Häufiger findet man bei den Patienten außerdem Tuberculose in anderen Organen, entweder in den Gelenken oder in den Lungen. Andere Erkrankungen der Nebenniere, die auch vorkommen, ziehen viel seltener den M. Addisonii nach sich. Tumoren, welche sich in den Nebennieren etabliren, können die Nebennieren zerstören, ohne daß M. Addisonii entsteht. Es giebt dann noch eine chronische Entzündung der Nebennieren, die zuweilen ebenfalls den M. Addisonii hervorrufen kann. Endlich giebt es eine acute Entzündung der Nebennieren, die bisweilen einen acuten M. Addisonii erzeugt. Dann giebt es eine amyloide Degeneration der Nebennieren, bei der ebenfalls der M. Addisonii sich entwickelt, bei der er aber auch fehlen kann.

Bezüglich der Frage, wie der M. Addisonii bei Degeneration der Nebennieren fehlen kann, bemerkt Verf., daß das Organ in solchen Fällen nicht vollständig zerstört ist und der Rest die Function der übrigen Teile übernimmt, oder man hat, wenn die Nebennieren vollständig zu Grunde gegangen waren, oft accessorische Nebennieren gefunden, die sich vergrößern und die Function der ausgefallenen Organe übernehmen können.

Bezüglich der Fälle, in denen die Nebennieren gesund sind und doch M. Addisonii besteht, sieht man sehr häufig eine Erkrankung des Plexus solaris, des Ganglion coeliacum und der Nerven, welche zu den Nebennieren ziehen, bezw. auch des Splanchnicus. Hier kommt die Bedeutung der inneren Secretion in Betracht. Die Nebennieren sind auch nervöse Organe; sie enthalten ungemein zahlreiche Nerven. Diese nervösen Gebilde stehen durch Nervenzweige in Verbindung mit dem Plexus solaris und dem Ganglion coeliacum, und von diesen geht die Verbindung durch den Splanchnicus und Sympathicus zum Rückenmark und Gehirn, und so existirt ein indirecter Zusammenhang zwischen Nebennieren und Gehirn. Nun befindet sich die Pigmentbildung direct unter dem Einfluß von Nerven, wie es aus folgender Betrachtung hervorgeht: Sämtliche Farbstoffe, welche sich in der Haut befinden, stammen vom Blut; es giebt nur wenige Fälle, in welchen das Pigment auf andere Weise entsteht. Ferner ist festgestellt, daß das Pigment aus den Blutgefäßen stammt. Es kommt aus den Blutgefäßen heraus, gerät in die Nachbarschaft der Capillaren, wird von den Chromatophoren aufgenommen, diese führen es peripher zum Rete, wo es deponirt wird und der Haut die Färbung verleiht. Von den Nerven der Nebennieren wird aber

angenommen, daß sie dem System der sympathischen Nerven angehören, die ihrerseits wesentlich Gefäßnerven sind. Und weiter nimmt man an, daß unter dem Einfluß dieses sympathischen Nervensystems teilweise die Extravasation oder die Diapedese des Blutes aus den Gefäßen stehe, resp. daß die Thätigkeit der Chromatophoren unter dem directen Einfluß der sympathischen Nerven sich befinde. Der Einfluß auf die Blutgefäße und die Chromatophoren hängt vom sympathischen Nervensystem ab, und wenn der Plexus solaris und das Ganglion coeliacum leiden, dann leidet auch der Tonus der Gefäße, dann kommt es auch zur Entwicklung der Pigmentirung.

Bezüglich des zweiten Symptoms, das nach der Pigmentirung bei der Addison'schen Krankheit in Betracht kommt, nämlich bezüglich der Mattigkeit und Hinfälligkeit, sowie des Sinkens des Blutdruckes, ist Verf. der Ansicht, daß letztere Erscheinungen directe Folgen des Wegfalles der inneren Secretion der Nebennieren sind; er teilt nämlich die Ansicht, daß die Nebennieren eine Substanz produciren, welche den Tonus der Blutgefäße erhält, und daß der Wegfall dieser Substanz zu außerordentlicher Gefäßschwäche führt. Der Puls ist auch bei den allermeisten Kranken klein, elend, schwach, häufig beschleunigt. Außerdem bringt man mit dem Wegfall dieser Function die hochgradige Adynamie, den Torpor des Gehirns und der Muskeln in Zusammenhang.

Der M. Addisonii entsteht meist zwischen dem 15.—50. Lebensjahre, im Alter von über 50—60 Jahren hat man ihn selten auftreten gesehen. Männer und Frauen werden in gleicher Weise befallen, auch giebt es, wie es scheint, keinen Unterschied in der Rasse. Bei den Negern zeigt sich die Krankheit in einer Pigmentirung der Schleimhäute, und dann treten Adynamie und Magendarmerscheinungen auf. Die Krankheit entwickelt sich bei den betroffenen Individuen häufig ohne nachweisbare Veranlassung; zuweilen findet man Tuberculose in anderen Organen, zuweilen nicht. Es können auch primäre Entzündungen sein, von denen aus der M. Addisonii entsteht.

Der Verlauf der Krankheit ist in der Regel ein langsamer. Monate gehen darüber hin, bis sich alle Symptome ausgebildet haben; der Gesamtverlauf erstreckt sich in der Regel auf Jahre. Es ist von sämtlichen Beobachtern, die eine größere Anzahl von Fällen gesehen haben, hervorgehoben worden, daß Stillstände vorkommen; die Adynamie läßt nach, man giebt sich guten prognostischen Hoffnungen hin, die Haut wird lichter — und dann kommt wieder ein neuer Schub. In anderen Fällen ist der Verlauf ein stetig progressiver. Die primären Symptome wechseln. Es giebt Fälle, in welchen die Patienten zuerst über Schmerzen klagen. Diese dürften meistenteils aufzufassen sein als peritonitische Schmerzen, hervorgegangen durch die Ausbreitung der Entzündung von den Nebennieren auf die Umgebung. Zuweilen tragen die Schmerzen neuralgischen Character. Man muß bei unklaren Schmerzen in dieser Gegend immer an M. Addisonii denken. In anderen Fällen wieder wird die Scene durch Magen-Darmerscheinungen eröffnet. Die Patienten verlieren den Appetit, oder es tritt Erbrechen vom Anfang an ein, es besteht Diarrhoe. Diese Symptome, Er-

brechen und Diarrhoe, gehören nach den Beobachtungen der meisten Aerzte in der Regel dem Endstadium an, die Anorexie schon dem Anfangsstadium. Erbrechen und Diarrhoe sind es, welche meist direct den Exitus bedingen. In anderen Fällen ist es die große Adynamie, welche zuerst die Kranken stört, und in noch anderen Fällen ist es die Pigmentirung, auf welche die Kranken selbst aufmerksam werden. Die veränderte Pulsbeschaffenheit bemerkt man ziemlich früh.

Die Prognose ist bis jetzt ganz und gar ungünstig. Es werden zwar einzelne Fälle von Heilung berichtet. Es wäre möglich, daß der tuberculöse Proceß steht, es wäre denkbar, daß accessorische Nebennieren vorhanden sind; aber in den allermeisten Fällen tritt der Exitus ein.

Therapie. Man hat sich auf eine symptomatische Behandlung zu beschränken, für die Stillung des Erbrechens, der Diarrhoen und eine möglichst reichliche Ernährung Sorge zu tragen. Verf. rät, den Patienten Nebennierenextract zu geben, entweder in Kapseln oder frisches Nebennierenextract. Nach den Erfolgen, welche bei Myxödem zweifellos mit Schilddrüsenpräparaten erzielt werden, ist es wenigstens nicht widersinnig, Nebennierenextract oder frische Nebenniere bei den Patienten zu versuchen. Vielleicht ist diese Therapie von Erfolg begleitet.

Es giebt einzelne Fälle, in denen M. Addisonii acut verläuft. Das kann vorkommen bei einer acuten Entzündung der Nebennieren. Verf. selbst hat einen solchen Fall beobachtet, der in sechs Wochen ablief. Besonders sind es jugendliche Individuen gewesen, welche so rasch zu Grunde gingen. Ein acuter Verlauf findet sich ferner auch in solchen Fällen, wo ein malignes Neoplasma die Glandulae suprarenales zerstört. Die schnellere oder langsamere Entwicklung der Krankheit hängt ab von der Natur des Processes, der sich in den Nebennieren entwickelt. Lubowski.

VIII. Technisches.

John Ward Cousins (London): **An improved Prostatic Catheter.** (The British Medical Journal, 6. Januar 1900.)

C. empfiehlt einen nach seinen Angaben von der Firma Arnold and Sons (West Smithfield) angefertigten Katheter für solche Fälle von Prostatahypertrophie, die schwer zu katheterisiren sind; derselbe ähnelt dem von ihm angegebenen Katheter für Harnröhrenstricturen. Er ist aus Metall gefertigt; Abbildung ist beigegeben, ohne welche eine Beschreibung unverständlich bleiben dürfte. Blanck (Potsdam).

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Einige Erfahrungen und Betrachtungen über die Gonorrhoebehandlung.

Von

Dr. Leopold Casper.

In einem dieses Thema behandelnden Vortrag[1]) in der Berliner dermatologischen Gesellschaft habe ich zu zeigen versucht, welche Gesichtspunkte mich bei der Behandlung der acuten und chronischen Gonorrhoe leiten. Ich habe das wegen der Kürze der zugemessenen Zeit nur in großen Umrissen thun können und will deshalb hier einige Punkte etwas ausführlicher besprechen.

Ich ging davon aus, daß wir bislang kein Allheilmittel gegen die Gonorrhoe besitzen, daß zwar sehr viele als solche angepriesen worden sind und daß ich die Mehrzahl derselben probirt habe. Das Resultat war immer dasselbe: keines der bis jetzt bekannten Mittel und Verfahren vermag jede Gonorrhoe in absehbarer Zeit zur Heilung zu bringen. Vielleicht werden wir noch einmal zu einer solchen Panacee kommen; bis dahin aber haben wir mit der Unzulänglichkeit unserer Therapie zu rechnen und uns die Frage vorzulegen: welches sind angesichts derselben unsere Aufgaben bei der Behandlung der Gonorrhoe?

Bestimmend ist der Gesichtspunkt, daß eine gewöhnliche, uncomplicirte Gonorrhoe eine leichte Erkrankung darstellt. Im Anfang haben manche Gonorrhoepatienten etwas Schmerzen; dieselben lassen ebenso wie der profuse Ausfluß bald nach; es bleibt nur

---

[1]) Veröffentlicht in der Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 22.

eine geringe Secretion, die den Patienten kaum belästigt. Er fühlt sich dabei wohl, arbeits- und berufsfähig.

Ganz anders aber wird es, sobald Complicationen oder Nachkrankheiten auftreten, von denen einige ein schweres Leiden mit unberechenbaren Folgen darstellen. Von diesen seien genannt: Stricturen der Harnröhre, Adenitis, Lymphangitis, Epididymitis einer oder beider Seiten mit nachfolgender Impotentia generandi, Prostatitis, Vereiterung der Prostata, Cystitis, Pyelitis, Pyonephrose, rheumatische Affectionen der Sehnenscheiden und Gelenke, Tuberculose des Harn- und Sexualapparates, Metastasen in lebenswichtigen Organen (Endocarditis), Neuralgien, Neurasthenien von der leichtesten bis zur schwersten Art bis zu wirklichen Psychosen.

Hiervon sind einige Nachkrankheiten, wie z. B. die Stricturen, auf eine lange Dauer des Processes zurückzuführen. Für andere kann man weder eine Ursache auffinden, noch ist es möglich, ihr Auftreten zu verhindern. Eine Reihe derselben aber sind auf eine unzweckmäßige Therapie zurückzuführen, oder ihr Entstehen wird durch dieselbe wenigstens begünstigt.

Ist aber die Complication schwerer und gefährlicher als die ursprüngliche Krankheit, so erscheint es logisch, als oberstes Postulat jeder Gonorrhoebehandlung den Satz aufzustellen: **dieselbe muss so beschaffen sein, dass Complicationen nach Möglichkeit vermieden werden.**

Indem ich mich von diesem Grundsatz leiten ließ, bin ich dazu gekommen, die Abortivbehandlung der Gonorrhoe unter allen Umständen zu verwerfen. Ich habe vier Arten von Verfahren ausprobirt: Instillation mit 2proc. Arg. nitric. durch den Guyon'schen Apparat, Injectionen von 2—5 pCt. Protargol, Spülungen der Harnröhre nach Janet mit Kal. permang. und dünnen Argentumlösungen. Ich kann nicht von einem einzigen Fall sagen, daß die beginnende Gonorrhoe dadurch coupirt worden wäre; der begonnene Proceß nahm seinen Fortgang.

Diese Unwirksamkeit kann auch nicht überraschen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß die Erscheinungen der Gonorrhoe gewöhnlich erst nach Tagen auftreten, während erwiesenermaßen die Gonokokken die Oberfläche der Schleimhaut schon nach Stunden durchdringen. Die Abortivmethoden hätten nur Aussicht auf Erfolg, wenn sie vor dieser Zeit angewendet würden. Das mag in einzelnen Ausnahmefällen möglich sein, aber das Gros der Casus wird davon im besten Fall nicht beeinflußt werden. Ich weiß wohl, daß ich in dieser Beziehung im Gegen-

satz zu manchem bewährten Forscher stehe, allein der Kernpunkt der Frage liegt nach meiner Ansicht anderswo.

Selbst zugegeben, daß in diesem oder jenem Fall Erfolg von der Coupirungsmethode zu erhoffen wäre, würde ich sie nicht anwenden, weil mir das Risiko für die Kranken zu groß ist. Ich habe schwere Schädigungen danach beobachtet: Lymphangitis, Lymphadenitis, Prostatitis und Cystitis sah ich auftreten, und zwar in einer Weise, die keinen Zweifel darüber zuläßt, daß Behandlungsmethode und Complication im Verhältnis von Ursache und Wirkung standen. Nun sind diese Complicationen an und für sich ja nicht gefährlich, aber sie sind in ihren Folgen unberechenbar. Ist also auf der einen Seite die Abortivmethode unsicher und gefährlich, versprechen auf der anderen die üblichen, langsam vorgehenden Heilungsverfahren in der Mehrzahl der Fälle Erfolg, so meine ich, ist der Standpunkt, jedwede Abortivbehandlung zu verwerfen, wohl begründet.

Aus gleichen Gründen muß man sich hüten, mit der instrumentellen Behandlung der Gonorrhoe zu früh zu beginnen. Wenn man Instrumente in die Harnröhre einführt, so lange noch florider, gonokokkenreicher Ausfluß besteht, läuft man Gefahr, die inficirenden Keime in bis dahin von der Infection verschont gebliebene Partien zu verschleppen. Das gilt sowohl für die acute Gonorrhoe als auch für die chronische, die aus irgend einer Ursache wieder exacerbirt ist und dann der acuten gleicht. Hier ist es angezeigt, vorher so lange Injectionen mit den ausflußvermindernden Mitteln vornehmen zu lassen, bis die Secretion sowohl der Menge als der Giftigkeit nach nachgelassen hat. Ausnahmen bilden nur solche Verhältnisse, in welchen die Einführung eines Instruments nicht umgangen werden kann, z. B. eine auf andere Weise nicht zu lösende Harnverhaltung.

In Beziehung auf die Behandlung der acuten Gonorrhoe hat man sich vor Allem daran zu erinnern, daß, wie die tägliche Erfahrung lehrt, die Gonokokken sich im entzündeten Gewebe wohler fühlen als in dem von der Entzündung freien. Die größte Zahl der Gonokokken finden wir im Anfangsstadium, wenn Ausfluß und Entzündungserscheinungen auf der Höhe sind. Mit der fortschreitenden Besserung und Abnahme der Inflammation wird der Ausfluß geringer und der Gonokokkengehalt ärmer. Tritt eine Exacerbation ein, so daß Schmerzen entstehen, Schwellung und Rötung der Harnröhrenmündung sichtbar werden, so finden wir fast immer die Gonokokken ihrer Zahl nach wieder vermehrt. Diese Beobachtungen führten die älteren Aerzte dazu, im Anfang oder überhaupt während des Entzündungsstadiums die

Patienten nicht einspritzen zu lassen, sondern damit zu warten, bis Entzündung und Haupteiterung vorüber sind. Es lag dem die richtige Idee zu Grunde, daß eine Reizung der Harnröhre die Krankheit verschlimmert.

Neben derjenigen Art von Gonorrhoen, wie wir sie eben skizzirt haben, giebt es noch eine Reihe von Fällen, in welchen von vornherein jedwede Entzündungserscheinungen fehlen. Weder Schmerzen, noch Schwellung, noch Rötung ist vorhanden, es besteht lediglich eine eitrige, Gonokokken führende Secretion, die nur als solche den Kranken belästigt. Dieses Einsetzen und diesen Verlauf der Gonorrhoe finden wir besonders häufig bei Patienten, die schon früher Gonorrhoe durchgemacht haben.

In beiden Formen empfehlen wir, sogleich vom ersten Tage an zu spritzen. Wenn man sich überlegt, daß es sich um eine locale Infection handelt, so ist es correct, zu versuchen, die inficirenden Keime aus dem localen Herd herauszuschaffen. Demgegenüber könnte man nur einwenden, daß dadurch eine Gefahr besteht, die Keime in bis dahin unbeteiligte Gebiete zu verschleppen. Das muß man natürlich zu verhindern suchen. Die Patienten dürfen nur einspritzen, nachdem sie vorher Harn gelassen haben, und damit die Harnröhre durch den Harnstrahl ordentlich gereinigt wird, lassen wir sehr große Mengen Flüssigkeit trinken, die den Patienten zwingen, häufig zu harnen. Ich verordne 4—6 l Getränk pro Tag: Wasser, Milch, Kohlensäurewässer, gewöhnlichen Thee und Species diureticae.

Die Einspritzungen, die bei der ersten von beiden Formen, bei den mit Inflammationserscheinungen einhergehenden Gonorrhoen, angewendet werden, müssen durchaus **reizlos** sein; reizende, die Entzündung steigernde oder eine Entzündung hervorrufende Injectionen sind auszuschließen. Als bestes Mittel dieser Art ist das vor langen Jahren von Goll empfohlene **Thallin. sulf.** in 1proc. Lösung anzusehen. Es hat eine geradezu specifische, antigonorrhoische, entzündungswidrige, secretionsbeschränkende und antiseptische Wirkung. Letztere zeigt sich darin, daß die Gonokokken ihrer Zahl nach schnell abnehmen, erstere darin, daß der dicke, gelbe, profuse Eiter sehr bald einer spärlichen, schleimig-eitrigen bis schleimigen Secretion Platz macht. Man läßt die Injection so oft wie thunlich, etwa 6—8mal täglich, vornehmen.

Es giebt Fälle, in welchen das Thallin in seiner Wirkung versagt. Dann verwende man das Kal. permang. in ganz dünnen Lösungen

1 : 10000 bis 1 : 8000. Es wirkt nicht ganz so prompt und günstig wie das Thallin, aber doch ähnlich.

Schon nach wenigen Tagen hat man nun die Gonorrhoe in demjenigen Stadium, in welchem andere Fälle von vornherein beginnen. Es besteht nichts Anderes als ein dünnes, schleimig-eitriges Secret, welches Gonokokken enthält. Hier nun setzt die bekannte antiseptische Therapie mit Injection von Silbersalzen ein, als deren Anhänger in einer gewissen modificirten Form ich mich bekenne.

Die beste der antiseptischen Injectionen ist nach meiner Erfahrung das Aelteste, das Argent. nitricum, und zwar in schwachen Lösungen 1 : 10000. Allmählich geht man mit der Dosis bis zu 1 : 1000 hinauf. In manchen Fällen verursachen auch diese geringen Concentrationen Schmerzen und Reiz. Dann verwenden wir das Protargol in Lösungen von 1/4 pCt. steigend bis zu 1 pCt. Dieses Mittel hat scheinbar eine weniger irritirende Wirkung. Ich sage scheinbar, weil es zwar weniger schmerzhaft und entzündungserregend wirkt, aber die Secretion in der gleichen Weise zu steigern pflegt wie das Argent. nitric.

Dieser Umstand nun, daß beide Silberpräparate eine irritative, die Secretion vermehrende Wirkung haben, bestimmt mich, dieselben niemals allein anzuwenden. Es werden stets **gleichzeitig** Injectionen benutzt, welche die Secretion wieder beschränken und die Reizung vorübergehen machen, und darin sehe ich das Wesentliche dieser Methode. **Wir lassen also die Patienten umschichtig spritzen,** und zwar in der ersten Periode mit Argent. nitr. bezw. Protargol und Thallin oder Kal. permang., in der zweiten mit Argent.- und Zinc.-Lösungen (Zinc. sulph. 0,1—0,4 [100,0]) und endlich in der dritten, sich dem Ende nähernden Zeit mit Kalium permang. und Zinc. Durch die Argent.-Präparate werden die Gonokokken am intensivsten angegriffen, aber die Secretion wird vermehrt. Diese Steigerung beseitigt die darauf folgende Kal. perm.-Einspritzung, dann folgt wieder die Argent.-Lösung und dieser von Neuem das adstringirende Medicament. Die Einspritzungen werden täglich mindestens sechsmal vorgenommen, je öfter, um so besser, wie das Unna in treffender Weise hervorgehoben hat.

Man hat versucht, beiden Indicationen durch ein Mittel zu genügen, nämlich durch das Zinc. hyperm., wobei das Permanganat die Gonokokken töten und das Zinc. die adstringirende Wirkung ausüben soll, allein ich habe gefunden, daß beide Stoffe getrennt besseren Effect haben.

Unterstützend wirken Ruhe, Diät, starke Anregung der Diurese, wie schon hervorgehoben, und die bekannten Balsamica, von welchen ich das Ol. Santal. in Dosen bis zu 40 Tropfen pro die bevorzuge.

Die Resultate, die wir mit dieser Methode erzielen, sind im Ganzen recht zufriedenstellende. Die Gonorrhoen pflegen in 4—5 Wochen abzuheilen, so daß keine Secretion, weder in Form von Ausfluß noch von Fäden mehr sichtbar ist. Was aber viel wichtiger ist und was wir ja auch eingangs als das Wünschenswerteste bezeichnet hatten: das Auftreten von Complicationen gehört bei dieser Behandlung zu den Seltenheiten.

Die gleichen Gesichtspunkte leiten mich bei der Behandlung der Cystitis gonorrh. acuta, die häufig unter dem Bilde der Cystitis colli beginnt. Es entsteht Harndrang, Schmerz beim Harnen, der Harn ist in beiden Portionen trüb, und oft sind die letzten Tropfen blutig gefärbt. Das Blut kann ganz fehlen, und andererseits können auch starke Blutungen auftreten, die ein schweres Leiden wie einen Tumor vortäuschen.

Die Erfahrung lehrt, daß viele dieser Fälle unter Ruhe, Diät, Narcoticis und sehr reichlichen verdünnenden Getränken abheilen. Wenn das in absehbarer Zeit nicht der Fall ist, der Harn sich nicht klärt, sondern in der letzten Portion trübe bleibt, dann gehe ich zur localen Therapie über, und zwar zu den „Durchspülungen“ nach Diday, die auch später von Ultzmann geübt und gelehrt worden sind. Man führt einen dünnen, französischen, geknöpften Katheter oder auch den Ultzmann'schen Spülkatheter so weit ein, daß das Auge desselben im Anfangsteil der Pars membranacea liegt und spritzt nun mit einer Handspritze 100—200 g einer 1‰ Arg.-Lösung durch die hintere Harnröhre in die Blase ein. Da die vordere Harnröhre fast stets mitafficirt ist, so spült man auch die vordere Harnröhre aus. Zu diesem Behuf zieht man den Katheter um einige Centimeter nach vorn, so daß sein Auge im Bulbus urethrae liegt, und spritzt nun die Höllensteinlösung ein. Die Flüssigkeit läuft an der Wand des Katheters am Orificium externum urethrae heraus. Zweckmäßig preßt man in kurzen Intervallen während des Einspritzens das Orificium um den Katheter fest zu, so daß die Lösung die Urethra anterior prall ausfüllt und dadurch in alle Falten und Fugen hineingelangt. Dies Verfahren hat meist einen geradezu zauberhaften Effect; Harndrang, Schmerz, Blutung lassen schnell nach, und der Harn pflegt sich rasch zu klären. Diese Spülungen werden in Zwischenräumen von zwei Tagen wiederholt; während derselben spritzen die Patienten mit ganz

dünnen, reizlosen Lösungen von Thallin oder Kal. perm. 1 : 10000 bis 1 : 6000.

Man hüte sich aber, dies Verfahren zu früh zu gebrauchen, sonst begünstigt man das Auftreten einer Epididymitis oder Prostatitis; wartet man allzu lange, so müßte man Sorge tragen, dem Ascendiren des Processes in die Ureteren und Nierenbecken Vorschub zu leisten. Im Allgemeinen aber ist das Letztere sehr viel seltener der Fall als das Erstere. Deshalb ist es weniger schädlich und gefährlich, su lange mit dieser örtlichen Therapie zu warten, als zu früh damit zu beginnen.

Wir gehen nunmehr zur Besprechung der Behandlung der chronizchen Gonorrhoe oder Urethritis über, wobei wir unter Gonorrhoe den Catarrh verstehen, in welchem Gonokokken nachweisbar sind, während sie bei der Urethritis in dem Secret nicht mehr gefunden werden.

Es ist zweckmäßig, eine gewisse Sonderung unter der vielgestaltigen Krankheit vorzunehmen und sich hierbei von practischen Rücksichten führen zu lassen.

Häufig und sehr dankbar für eine zweckmäßig geleitete Therapie sind jene Fälle chronischen Harnröhrencatarrhs, die, viele Monate an Dauer, nicht heilen wollen, obwohl die Patienten alle möglichen Einspritzungen verwendet haben. In dem Secret können Gonokokken vorhanden sein oder fehlen. Der Grund, weshalb diese Fälle nicht ausheilen, ist der, daß der Proceß sich an Orten etablirt hat, an welche die gewöhnlichen, von den Patienten selbst ausgeführten Injectionen gar nicht hinkommen, d. i. einmal die hintere Harnröhre, welche in der größten Mehrzahl aller chronischen Fälle mitergriffen ist, und in den oberflächlichen Schichten der Submucosa. Bei diesen Fällen bewähren sich vorzüglich die bekannten Instillationen nach Guyon oder die Janetschen Spülungen, erstere mit 1—2proc. Arg. nitr., letztere mit Kp.-Lösung 1 : 5000—1 : 1000 oder auch Arg.-Lösung 1 : 10000—1 : 2000 abwechselnd mit den übermangansauren Kalispülungen. Die Instillationen ätzen die Oberfläche derart ab, daß sowohl das bei der Instillation verwendete Argentum, als auch die darauf folgenden Injectionen mit Kp. oder Zinc. an die erkrankten Partien herankommen. Die Janet'schen Spülungen machen die oberflächlichen Schichten quellen und durchtränken sie mit der Spülflüssigkeit. Beide Verfahren bringen außerdem das Medicament in die Urethra posterior, also den zutreffenden Locus affectionis. Darauf dürften die vorzüglichen Resultate zurück-

zuführen sein, die man mit jeder von beiden oder mit einer Combination beider erzielt. Die Instillationen dürfen nur jeden zweiten Tag, die Irrigatorspülungen können täglich vorgenommen werden. Gleichzeitig spritzen die Patienten mit schwachen adstringirenden Lösungen, wie Zinc. sulfur. 0,2 : 100 oder Plumbum acet. in gleicher Dosis.

Viel schwieriger liegen die Fälle, welche trotz Anwendung dieser Verfahren von Seiten des Arztes nicht heilen wollen, Fälle, die wir zweckmäßig den causalen Momenten entsprechend in zwei Gruppen teilen können.

Die eine Art zeichnet sich dadurch aus, daß die vorhandenen Symptome, seien es nun Tag- oder Morgenausfluß oder Verklebung, oder auch nur Filamente, unabänderlich dieselben bleiben, was wir auch immer versuchen, während die andere Gruppe dadurch kenntlich ist, daß die Krankheitserscheinungen verschwinden, so lange wir sie behandeln, aber leider sehr bald zurückkehren, wenn man mit der Behandlung sistirt.

Ich habe feststellen können, daß die ersteren fast immer infilrirende Catarrhe sind, d. h. Processe, bei welchen ein Infiltrationsproceß in der Wand der Harnröhre vorhanden ist, der unaufhörlich Puszellen an die Oberfläche befördert, während bei der zweiten Gruppe fast ausnahmslos die nachbarlichen Geschlechtsdrüsen, vornehmlich die Prostata, Sitz eines Secret liefernden Processes sind. Hierbei kann es zunächst ganz außer Acht gelassen werden, ob Gonokokken vorhanden sind oder nicht; denn der Catarrh hat in beiden Fällen nichts mit dem Vorhandensein oder der Abwesenheit der Mikroorganismen zu thun.

Ich habe nun die letzten 100 Fälle chronischen Harnröhrencatarrhs aus privater und poliklinischer Praxis zusammengestellt, und zwar nur schwer beeinflußbare Fälle, nicht also solche, wie sie vorhin besprochen worden sind, die durch eine Zahl von Instillationen oder Irrigatorspülungen zur Heilung kommen. Unter chronischen Catarrhen verstehe ich im Allgemeinen solche, die länger als zwei Monate andauern. In der folgenden Tabelle sind aber nur solche aufgenommen, deren Dauer diese Zeit beträchtlich übersteigt.

No.	Dauer (Monate)	Diagnose	Secret	Harn	Harnröhre	Prostata	Prostatasecret grosse Mengen Pus a. mittlere " " b. kleine " " c.	Bemerkungen	Therapie
1. J. S.	5	Urethrit. a. et p., Cyst. colli, Prostatitis c.	eitrig	1. u. 2. Portion trübe	normal	normal	Pus c.	—	Durchspülung., Injection.
2. F.	6	Urethrit. chron. ant., Prostat. c.	—	1. klar, Flock., 2. klar	normal	normal	Pus c.	—	Injectionen
3. K.	9	Urethrit. chron. a. et p., Prostatitis b.	—	1. u. 2. klar, Flocken	normal	normal	Pus b.	—	Durchsp., Inject., Massage
4. G.	13	Urethrit. chron. a. et p., Prostatitis a.	Verklebg.	1. klar, Flock., 2. trübe	normal	normal	Pus a.	—	Durchsp., Inject., Massage
5. P. K.	70	Urethrit. a. et p., Prostatitis c.	Spuren	1. u. 2. klar m. Flocken	normal	l. Hälfte verdickt, schmerzh.	Pus c.	neurasth. Beschw.	Injectionen, Massage
6. R. B.	40	Urethrit. a. min., Prostatitis c.	—	1. klar, wenig Flock., 2. klar	normal	normal	Pus c.	Mictions-Spermatorrhoe, Neurasth.	—
7. H. N.	14	Urethrit a. et p., Prostatitis	gering	1. leicht trübe m. Flocken, 2. klar	normal	normal, sehr schmerzh.	Pus c.	leichte Schmerz. b. Harnen	—
8. O. L.	17	Gon. chron. a. et p., Prostatitis	mässig m. Gonok.	1. trübe, 2. leicht trübe	normal	normal	Pus b., mit Gonokokken	—	—

No.	Dauer (Monate)	Diagnose	Secret	Harn	Harnröhre	Prostata	Prostata-secret	Bemerkungen	Therapie
9. C. F.	7	Urethrit min. a.	—	1. einige Flöckchen, 2. klar	normal	normal	normal	—	—
10. W.	8	Urethrit. min. a., Neurasthenie	—	1. einige feine Fäserch., 2. klar	normal	normal	normal	—	—
11. F.W.	7	Urethrit. a. et p., Prostatitis c.	—	1. nur einige Fäden, 2. klar	normal	sehr klein, atrophisch	Pus c.	Neurasth.	—
12. E. B.	15	Urethrit. a. et p.	—	Flocken i. klaren Harn b. 1. u. 2.	2 geringe Infiltrate	normal	normal	—	—
13. J.	8	Urethrit. l. ant.	schleimig	1. wenig Fäden, 2. klar	normal	normal	normal	—	—
14. H.G.	7	Gonorrh. a. et p., Prostatitis a.	eitrig mit Gonok.	1. trübe, 2. opak	normal	verdickt u. schmerzh.	Pus a., wenig Lecithinkörperchen, Gon.	—	Spülungen nach Diday
15. O.W.	5	Urethrit. a. et p., Prostatitis b.	schleimig	1. u. 2. klar mit Fäden	normal	normal	Pus b.	—	Massage d. Prostata
16. A.	13	Urethrit. a.	schleimig	1. u. 2. klar mit sehr dünn. Fäd.	normal	schmerzh.	normal	—	—
17. K.	25	Urethrit. a. et p., Prostatitis a.	schleimig eitrig	1. klar m. Flock., 2. klar	1 geringe Infiltration	normal	Pus a., Spermatozoen	—	—
18. H.G.	31	Urethrit. a.	—	1. Flocken, 2. klar	starke Infiltration	normal	normal	—	Bougir. u. Einspritz.

No.	Dauer (Monate)	Diagnose	Secret	Harn	Harnröhre	Prostata	Prostata-secret	Bemer-kungen	Therapie
19. P.	8	Urethrit. l. a.	—	feine Fäden	normal	normal	normal	Neurasth. sexualis	Allg. hyg. Therapie
20. H.N.	9	Urethrit. a. et p., Prostatitis c.	schleimig	1. u. 2. Fäden	normal	normal	Pus c.	—	—
21. E.	27	Gonorrh. a. et p., Prostatitis a.	schleimig eitr.,Gon.	1. leicht trübe, 2. Fäden	normal	schmerzh., vergrößert	Pus a., keineGon.	—	—
22. B.	6	Urethrit. a. et p., Prostatitis b.	eitrig	1. trübe, 2. klar	normal	verbreitert	Pus b.	—	—
23. U.	18	Urethr. minima a., Prostatitis b.	—	einige feine Fäden	normal	normal	Pus b.	—	—
24. H.	57	Urethr. infiltrat., Prostatitis c.	—	Fäden	Infiltration	normal	Pus c.	1. Gonorrhoe vor 13 Jahr.	—
25. M.	8	Gonorrh. a. et p., Prostatitis a.	schleimig eitr.,Gon.	Flocken	normal	normal	Pus a. mit Gonok.	—	—
26. Sch.	18	Urethrit. a.	—	Fäden	normal	normal	normal	—	—
27. S.	25	Bacteriorrhoe	schleimig	opak	normal	normal	normal	—	—
28. U.	15	Urethrit. a. et p., Prostatitis b.	—	Flocken	normal	normal	Pus b.	—	—
29. M.	7	Urethrit. a., Prostatitis b.	schleimig	Fäden	normal	ziemlich groß	Pus b.	—	—
30. A.	14	Urethrit. a. et p., Prostatitis b.	eitrig	trübe, Flocken	normal	normal	Pus b.	—	—

No.	Dauer (Monate)	Diagnose	Secret	Harn	Harnröhre	Prostata	Prostata-secret	Bemerkungen	Therapie
31. M.	**75**	Urethrit. a. et p. infiltrat., Prostatitis b.	—	Flöckchen	mehrfache Infiltrate	breit u. dick	Pus b.	—	mechan., chemisch
32. Z.	**10**	Urethrit. a., Prostatitis a.	schleimig	leicht trübe	normal	normal	Pus a.	—	—
33. St.	**9**	Urethrit a. et p., Prostatitis a.	—	Flocken	—	—	Pus a.	—	—
34. L.	**15**	Urethrit. a. et p., Prostatitis a.	—	klar, mit Flocken	—	—	Pus a.	—	—
35. B.	**27**	Urethrit. a. et p., Prostatitis a.	schleimig eitrig	1. leicht trübe, 2. Fäden	—	normal	Pus a.	—	—
36. B.	**17**	Urethrit. a. et p., Prostatitis b.	eitrig	1. trübe, 2. Flocken	normal	dick und schmerzhaft	Pus b.	—	—
37. Z.	**8**	Gonorrh. a. et p., Prostatitis a.	eitrig mit Gonok.	1. u. 2. trübe	normal	normal	Pus a., ohne Gon.	—	Injectionen
38. B.	**24**	Urethrit. a. et p., Prostatitis c.	—	Fädchen	—	—	Pus c.	—	—
39. M.	**15**	Urethrit. a. et p., Prostatitis c.	—	dicke Flocken	—	vergrößert, glatt	Pus c.	—	Massage
40. O.	**7**	Urethrit. a., Prostatitis c.	schleimig	nur im 1. Glas Fäden	normal	normal	Pus c.	—	—
41. B.	**17**	Urethrit. a. et p., Prostatitis c.	schleimig	1. u. 2. trübe	normal	—	Pus c.	—	—
42. G.	**16**	Urethrit. a. et p., Prostatitis b.	—	klar, mit Fäden	normal	buckelig	Pus b.	—	Massage

No.	Dauer (Monate)	Diagnose	Secret	Harn	Harnröhre	Prostata	Prostata-secret	Bemerkungen	Therapie
43. F.	6	Urethrit. a. et p., Prostatitis b.	eitrig	1. trübe, 2. Fäden	normal	normal	Pus b.	—	—
44. B.	32	Urethr. a. infiltr.	—	nur Fäden	normal	normal	normal	Neurasth. sexualis	—
45. M.	19	Urethrit. a.	—	Fäden	normal	normal	normal	—	—
46. M.	78	Urethr. infiltrat., a. et p.	—	dicke Flocken in 1. und 2.	stark.Infiltr., Charrière 16	normal	normal	—	Bougirung
47. B.	7	Gonorrh. a. et p., Prostatitis a.	schleimig m. Gon.	1. trübe, 2. Flocken	normal	normal	Pus a. mit Gon.	—	Injectionen
48. St.	14	Urethrit. a. et p., Prostatitis b.	schleimig	Fäden in beiden Gläsern	normal	normal	Pus b.	—	—
49. M.	27	Urethrit. a. et p., Prostatitis a.	—	1. trübe, 2. Flocken	normal	sehr groß	Pus a.	—	Massage
50. B.	31	Urethrit. a. et p., Prostatitis a.	schleimig	klar, mit Flocken	normal	normal	Pus a.	—	—
51. S.	5	Bacteriorrhoe	grau, schleimig	leicht opak	normal	normal	normal	—	Janet
52. St.	14	Urethrit. a et p., Prostatitis b.	—	Flöckchen in 1. und 2.	verklebt	normal	Pus c.	—	—
53. G.	17	Urethrit. a. et p., Prostatitis a.	—	nur dünne Fäden	normal	normal	Pus a.	—	—
54. M.	9	Urethrit. a. et p., Prostatitis a.	eitrig	trübe in beiden Teilen	normal	normal	Pus a.	—	—

No.	Dauer (Monate)	Diagnose	Secret	Harn	Harnröhre	Prostata	Prostata-secret	Bemer-kungen	Therapie
55. N.	62	Urethrit. a. infiltrativa	—	klar mit 1 Flocke	stark. Inf. i. d. Mitte d. U. a.	normal	normal	—	—
56. S.	13	Urethr. a. et p., Prostatitis c.	—	verklebt	normal	normal	Pus c.	—	—
57. N.	18	Urethr. a. et p., Prostatitis b.	schleimig	trübe in beiden Portionen	normal	normal	Pus b.	—	—
58. F.	11	Urethr. a. et p, Prostatitis b.	schleimig	trübe in 1., Flocken in 2.	normal	schmerzh., buckelig	Pus b.	—	—
59. Sch.	7	Gonorrh. a. et p.	—	dicke Flocke in 1. m. Gon., klar in 2., dünne Flocke	normal	normal	—	—	—
60. R.	9	Urethr. a. et p., Prostatitis a.	—	nur leicht opak in beiden	verklebt	normal	Pus a.	—	—
61. K.	15	Urethr. a. et p., Prostatitis a.	schleimig eitrig	trübe in 1. u. 2.	normal	normal	Pus a.	—	—
62. L.	16	Urethr. a. et p., Prostatitis a.	eitrig	trübe in beiden	normal	normal	Pus a.	—	—
63. H.	13	Urethr. a. et p., Prostatitis b.	schleimig	klar, m. Flocken in beiden	normal	normal	Pus b.	—	—
64. H.	55	Urethr. infiltrat., Prostatitis b.	—	viele Schuppen	i. d. vord. Teil d. U. a. Inf.	normal	Pus b.	—	—
65. B.	16	Urethr. a. et p., Prostatitis c.	schleimig	klar, m. Flocken in beiden	normal	verbreitert	Pus c.	—	—
66. S.	14	Urethr. a. et p. infiltrat.	eitrig	trübe in 1., Flocken in 2.	Infiltr. in der Urethra a.	normal	normal	—	—

No.	Dauer (Monate)	Diagnose	Secret	Harn	Harnröhre	Prostata	Prostata-secret	Bemerkungen	Therapie
67. St.	9	Gonorrh. a. et p., Prostatitis a.	eitrig	opak in 1., trübe in 2.	normal	normal	Pus a. mit Gonok.	—	—
68. N.	13	Urethrit. a.	—	klar	verklebt	normal	normal	—	Injectionen
69. N.	12	Urethrit. a.	—	Fädchen	normal	normal	normal	—	—
70. L.	34	Urethrit. infiltr., Prostatitis c.	—	klar	2 Infilt. i. Anfang u. i. der Mitte d. U a.	normal	Pus c.	—	Bougirung
71. G.	8	Urethrit. a, Prostatitis c.	—	klar	normal	normal	Pus c.	—	—
72. B.	27	Urethr. a. et p. infiltrativa	schleimig	Flocken in beiden	normal	normal	normal	—	—
73. C.	11	Urethr. a. et p, Prostatitis a.	schleimig	trübe in beiden	normal	buckelig	Pus a.	—	—
74. Sch.	15	Urethr. a. et p., Prostatitis c.	eitrig	trübe in beiden	normal	normal	Pus c.	—	—
75. C.	13	Urethr. a. et p., Prostatitis a.	eitrig	trübe in 1., klar mit Fäden in 2.	normal	normal	Pus a.	—	—
76. C.	46	Urethr. a. infiltr., Prostatitis a.	—	Flöckchen	Infiltrat am Anfangsteil	normal	Pus a.	—	—
77. H.	36	Urethr. a. et p. infiltrat.	—	klar	verklebt, Infiltr. i. Bulb.	normal	normal	—	—
78. R.	18	Urethr. a. et p., Prostatitis a.	schleimig	trübe in 1. u. 2.	normal	normal	Pus a.	—	—

No.	Dauer (Monate)	Diagnose	Secret	Harn	Harnröhre	Prostata	Prostata-secret	Bemerkungen	Therapie
79 K.	11	Urethr. a. et p., Prostatitis c.	schleimig	1. klar, Flocken, 2. klar, Fäden	normal	vergrößert	Pus c.	—	Massage etc.
80. B.	15	Urethrit. a, Prostatitis c.	—	1. Fäden, 2. klar	normal	normal	Pus c.	—	Massage etc.
81. S.	8	Urethr. a. et p., Prostatitis b.	eitrig	trübe in 1. u. 2.	normal	verbreitert	Pus b.	—	Diday-Spülg.
82. K.	22	Bacteriorrhoe, Prostatitis c.	grau, fadenziehend	opak in beiden Portionen	verklebt	normal	Pus c.	—	Janet-Spülg.
83. C.	21	Urethr. a et p., Prostatitis a.	—	Flocken i. beiden Gläsern	verklebt	normal	Pus c.	—	—
84. H.	13	Urethr. a. et p., Prostatitis a.	schleimig eitrig	trübe in beiden	verklebt	normal	Pus a.	—	—
85. M.	7	Urethr. a. et p, Prostatitis c.	schleimig	dicke Flocken in beiden	normal	normal	Pus c.	—	—
86. St.	19	Urethr a. et p., Prostatitis c.	—	leicht opak in 1., Flocken in 2.	normal	buckelig	Pus c.	—	Guyon-sche Instillat.
87. F.	16	Urethr. a. et p., Prostatitis c.	schleimig eitrig	klar, mit Flocken in beiden	normal	normal	Pus c.	—	—
88. G.	24	Urethrit. a., Prostatitis c.	—	Fäden in 1.	normal	normal	Pus c,	Neurasth. sexualis	Injectionen
89. P.	36	Urethr. a. et p., Prostatitis b.	—	zahllose Schuppen in beiden	normal	vergrößert	Pus b.	—	—

No.	Dauer (Monate)	Diagnose	Secret	Harn	Harnröhre	Prostata	Prostata-secret	Bemer-kungen	Therapie
90. P.	11	Urethr. a., Prostatitis c.	—	Schuppen in beiden	verklebt	normal	Pus c.	—	Injectionen
91. F.	10	Urethr. a. et p., Prostatitis b.	schleimig eitrig	Flocken in 1. u. 2.	normal	normal	Pus b.	—	Guyon-sche Inst.
92. C.	27	Urethr. a et p., Prostatitis c.	schleimig	Fäden in 1. u. 2.	normal	normal	Pus c.	—	Guyon-sche Inst.
93. St.	18	Urethr. a., Prostatitis b.	eitrig	trübe in 1., klar in 2.	verklebt	normal	Pus b.	—	Injectionen
94. M.	9	Urethr. a. et p., Prostatitis b.	schleimig	Flocken in 1. u. 2.	normal	normal	Pus b.	—	—
95. B.	25	Urethr. a., Prostatitis b.	schleimig eitrig	Flocken in 1., klar in 2.	normal	normal	Pus b.	—	—
96. F.	31	Urethr. a. et p., Prostatitis a.	eitrig	trübe in beiden	verklebt	normal	Pus a., kaum noch Lecithinteilchen	—	—
97. C.	6	Urethr. a. et p., Prostatitis a.	eitrig	leicht opak in beiden	verklebt	normal	Pus a.	—	—
98. S.	13	Urethr. a. et p., Prostatitis a.	schleimig eitrig	Fäden in beiden	normal	normal	Pus a., nur Eiterzellen	—	—
99. H.	27	Urethr. a. et p., Prostatitis b.	—	Schuppen in beiden	normal	normal	Pus b.	—	—
100. N.	12	Urethr a et p, Prostatitis a.	eitrig	trübe in beiden	normal	normal	Pus a.	—	—

Aus dieser Zusammenstellung ergeben sich eine Reihe von interessanten Facten:

1. Zunächst erhellt die außerordentliche Häufigkeit des Ergriffenseins der hinteren Harnröhre. Wir zählen nur 25 Fälle von Urethr. ant., 3 Bacteriorrhoen und 72 Fälle, in welchen die hintere Harnröhre mit erkrankt war.

Es ist nicht leicht, die Unterscheidung, ob es sich um einen Catarrh der vorderen oder um einen beider Teile der Harnröhre handelt, einwandsfrei herbeizuführen. Die beste Methode, die wir hierfür kennen, ist die, die vordere Harnröhre durch einen dünnen Katheter so lange mit klarem Wasser auszuspülen, bis sich im Spülwasser keinerlei Flocken und Fäden mehr vorfinden. Dann harnt der Patient in zwei Gläser. Finden sich im ersten noch Flocken, so stammen sie aus der Urethra posterior. Die im zweiten Glase sind nicht mehr zu verwerten, weil sie aus der Prostata herrühren können. Am Ende der Harnentleerung führt der Sphincterschluß zuweilen ein Austreten des Prostatasecrets, das sich zum Teil schon in den Ausführungsgängen befindet, in die Harnröhre herbei.

Absolut sicher ist diese Methode natürlich nicht; denn es wäre immerhin möglich, daß trotz der Ausspülung der vorderen Harnröhre sehr klebriges, zähes Secret noch liegen bliebe und erst durch den Harn nach außen befördert würde. Ein besseres Mittel der Erkennung besitzen wir aber nicht. Das Einbringen von Farbstofflösung in die vordere Harnröhre ist aus leicht erkennbaren Gründen nicht zu verwerten, und ansehen kann man den Fäden ihre Provenienz nicht.

Meine Fälle sind nach dieser Methode geprüft worden. Es erübrigt sich, zu bemerken, daß, wenn der Harn in beiden Portionen trübe ist, eine derartige Untersuchung überflüssig wird.

2. In zweiter Reihe fällt auf die unerwartet häufige Beteiligung der Prostata an den Harnröhrencatarrhen. Wir finden unter 100 Fällen 85mal eine begleitende Prostatitis, ein Moment von größter Bedeutung für die Therapie. Die Diagnose der Prostatitis kann einzig und allein durch die Untersuchung des Prostatasecrets geschehen. Es braucht kein einziges subjectives Symptom vorhanden sein, und dennoch kann ein Catarrh der Vorsteherdrüse bestehen. Auf die Druckempfindlichkeit ist nichts zu geben, weil schon die Palpation einer gesunden Prostata manchmal starke Schmerzen und sehr häufig ein ohnmachtähnliches Schwächegefühl hervorruft. Palpable Veränderungen konnten wir nur 16mal feststellen. Bei diesen war die Prostata zum Teil in ihrem Dickendurchmesser vergrößert, dann wölbte sie sich kuglig gegen das Rectum vor. In anderen

Fällen war sie nach oben hin verlängert, in anderen zeigte ihr Breitendurchmesser eine Zunahme, und endlich giebt es auch circumscripte Auftreibungen und Buckel.

Nicht alle Fälle wurden cystoskopisch untersucht. Wir können deshalb die Zahl derjenigen Fälle, in welchen sich bei dieser Untersuchungsmethode Veränderungen fanden, in statistischem Sinne nicht verwerten. So viel kann ich aber sagen, daß sichtbare Veränderungen fehlen und vorhanden sein können. Sie zeigen sich in einer Zackung und Zähnung des Sphincterrandes, welcher in normalen Fällen glatt oder wenigstens fast glatt mit einer leichten Concavität nach oben ausschaut. Dieses Bild kommt offenbar nur dann zu Stande, wenn derjenige Teil der Prostata afficirt ist, welcher der Harnröhre oder der Blase nahe liegt.

Subjectiv kann eine Prostatitis Beschwerden machen. Dieselben bestehen in einem Gefühl von Schwere am Damm mit ausstrahlenden Schmerzen nach dem After und den Hüften hin. Das Sitzen fällt den Kranken oft schwer. Die Schmerzen steigern sich bei starken Anstrengungen, besonders beim Reiten oder Radfahren. Der Stuhlgang ist retardirt und manchmal auch schmerzhaft, zuweilen wird mit demselben das Secret der Drüse nach außen herausgepreßt. Die Potenz pflegt verringert zu sein. Die Kranken werden dadurch leicht zu Neurasthenikern. Alles dieses kann aber auch fehlen, und dennoch besteht ein Catarrh der Prostata, ja, es kann der Harn absolut klar und flockenfrei sein, so daß gar nichts auf eine bestehende Prostatitis hinweist.

Es bleibt als einziges Erkennungsmittel das Secret der Drüse, welches sich bei normalen Fällen unter dem Mikroskop lediglich aus den kleinen, lichtbrechenden, Fettkügelchen ähnlichen Lecithinkörperchen mit eingestreuten Epithelien und einigen wenigen weißen Zellen zusammengesetzt erweist. Hin und wieder, aber im Ganzen sehr selten, findet man die concentrisch geschichteten Körperchen und einige rote Zellen, welche als eine Folge des Pressens, also als Trauma aufzufassen sind.

Ist eine Prostatitis vorhanden, so beherrschen die Rundzellen das Bild. Wir haben drei Grade unterschieden: solche, in welchen sich wenige derselben, 10—20 Stück im Gesichtsfelde finden — der Hauptsache nach ist dasselbe noch von den Lecithinteilchen eingenommen —; den zweiten Grad, in welchem die Lecithinkörperchen zu Gunsten der Eiterkörperchen so zurücktreten, daß die letzteren die Hauptmasse ausmachen, während die ersteren nur eingestreut sind; endlich den dritten Grad, in welchem das Gesichtsfeld völlig von Prostatazellen ausgefüllt

ist: Lecithinkörperchen sind gar nicht mehr oder nur in verschwindend kleinen Mengen wahrzunehmen. Den ersten Grad fanden wir 30, den zweiten 28, den dritten 27 mal.

Um das Secret zu gewinnen, muß man die Prostata exprimiren, was leicht vom Rectum aus geschehen kann. Man muß aber vorher sicher sein, daß das Secret keinen Eiter auf seinem Wege nach dem Orif. extern. urethrae trifft, der sich ihm beimengen und dadurch eine Täuschung der Diagnose hervorrufen kann. Ist der Harn der Patienten klar und wenig Secret aus der Harnröhre vorhanden, so läßt man sie, nachdem sich eine große Menge Harns in der Blase angesammelt hat, vorher den Urin entleeren; dieser reinigt die Passage, und nun exprimirt man unmittelbar hinterher die Vorsteherdrüse. Besteht reichliche Secretion, so muß man vorher die beiden Teile der Harnröhre, den vorderen und hinteren, so lange ausspülen, bis die Spülflüssigkeit, die wieder herauskommt, ganz klar und flockenfrei ist. Erst dann darf das Ausdrücken der Drüse beginnen. Bei acuten Fällen mit profuser Secretion ist das unmöglich: denn ehe man exprimirt, hat sich schon wieder Secret in der Harnröhre angesammelt und mischt sich dem Prostatasaft bei. Wohl aber geht es bei chronischen Fällen, um die es sich hier handelt.

Manchmal gelingt es nicht, das Secret der Drüse an das Tageslicht zu bringen. Es fließt dann rückwärts durch den Blasensphincter in die Vesica. Die Untersuchung des dann entleerten, meist trüben Harns ist natürlich nicht einwandsfrei, aber es gehört dies Zurücktreten des Prostatasaftes so sehr zu den Seltenheiten, daß man mit dieser Ausnahme für practische Zwecke nicht zu rechnen braucht.

3. Ein dritter bemerkenswerter Punkt, den die Tabelle erkennen läßt, ist, daß von 100 Fällen nur 9 Infiltrationsprocesse aufwiesen. Wir verstehen unter Infiltration Vorgänge, bei welchen das Lumen der Harnröhre in so geringem Umfange vermindert wird, daß Stricturerscheinungen nicht auftreten. Otis hatte sie schon vor langer Zeit mit dem Namen „Stricturen weiten Calibers“ bezeichnet. Sie sind die Folge einer langdauernden, in der Wand der Harnröhre sitzenden kleinzelligen Infiltration, die unaufhörlich Rundzellen an die Oberfläche producirt, gleichzeitig aber eine partielle Umwandlung der polynucleären Zellen in narbiges Bindegewebe erfährt. Dadurch werden die Wände der Urethra verdickt und verlieren ihre Elasticität oder Ausdehnbarkeit.

Sie sind unschwer zu erkennen. Geht man mit einem dicken Bougie à boule ein, so fühlt man diejenigen von ihnen, bei welchen die Verringerung des Lumens der Urethra beträchtlicher ist, als die Größe des eingeführten Stricturensuchers beträgt. Hat eine nennenswerte Verminde-

rung der Harnröhrenweite nicht stattgefunden, so sind sie auf diese Weise nicht zu diagnosticiren. Hier hilft uns das Urethroskop. Man sieht in solchen Fällen die Wände der Harnröhre glatt, die Falten sind verstrichen, der Trichter ist tiefer als sonst, die Wände straffer, die Farbe blasser. Die concentrische Rotstreifung ist ganz verschwunden. An ihre Stelle ist ein fleckiges Rot getreten. Letzteres erklärt sich daraus, daß die Blutgefäße zum Teil zu Grunde gegangen sind, so daß die Regelmäßigkeit des normalen Bildes aufgehoben ist. Als Rest der Gefäße sind die genannten Rosaflecke zu deuten.

Solchen Vorgängen verschiedenster Ausdehnung begegneten wir bei 100 Fällen von chronischen Urethritiden neunmal. Das ist eine bemerkenswert geringe Zahl. Sie zeigt uns, daß diese infiltrativen Formen bei weitem nicht so häufig sind, wie vielfach angenommen wird. Es stimmt mit dieser Behauptung die Erfahrung überein, daß die wirklichen ausgebildeten Stricturen der Harnröhre nicht häufig sind. Jeder erfahrene Urologe weiß, daß viel öfter Stricturen diagnosticirt werden, als sie thatsächlich vorhanden sind. Wenn der Arzt aus irgend welchen Gründen — Ungeübtheit, Spasmen — die Harnröhre nicht passiren kann, so ist die Diagnose Strictur fertig. Es ist nun unzweifelhaft, daß die infiltrative Form in späteren Jahren fast ausnahmslos zu wirklicher Verengerung sich ausbildet; denn nur wenige sind therapeutisch so zu beeinflussen, daß diese ausbleibt. Gäbe es also viele infiltrative Urethritiden, so müßte es auch viele Stricturen geben. Das ist aber nicht der Fall, und deshalb, sagte ich, stimmt unsere Statistik hinsichtlich der chronischen infiltrirenden Urethritiden in diesem Punkte mit der allgemeinen Erfahrung überein.

4. In nächster Linie verdient die Frage der Gonokokken im Hinblick auf die skizzirten 100 Fälle besprochen zu werden. Es ergiebt sich die höchst wichtige Thatsache, daß in 100 Fällen chronischer Urethritis nur 5mal (8, 14, 25, 47, 67) dauernd und 3mal (21, 37, 59) vorübergehend, im Ganzen also 8mal, Gonokokken vorhanden waren. Das ist eine sehr geringe Zahl, die angesichts der Gonococcophobie der Laien und der Aerzte besonders betont werden muß. Demnach sind die größte Minderzahl aller chronischen Harnröhrencatarrhe noch Tripper, da wir Tripper nur solche Fälle zu nennen berechtigt sind, in welchen der specifische Erreger der Gonorrhoe, der Gonococcus, anwesend ist. Der Catarrh der Harnröhre ist also in keiner Weise an das Vorhandensein des Gonococcus gebunden, er kann mit ihm, aber auch ohne ihn bestehen.

Fünfmal nun fand man den Gonococcus sowohl im Secret der Urethra, als auch in dem Eiter der Prostata, in allen übrigen Fällen,

ausgenommen drei, fanden sich entweder gar keine Bacterien oder andere, nicht näher identificirte Mikroorganismen.

Dreimal war der Gonococcus latent, d. h. er wurde zu verschiedenen Zeiten, und zwar Monate hindurch, nicht gefunden, während er plötzlich durch irgend eine Schädlichkeit, ohne daß eine neue Infection stattgefunden hatte, wieder an die Oberfläche gebracht wurde. Das ist ein wichtiges Factum, das uns das lange Fortbestehen mancher Gonorrhoen verständlich macht. Herr College Lippmann hat in einem sehr hübschen Vortrage, betitelt „Ueber Rückfälle", an anderen Beispielen gezeigt, daß Mikroorganismen lange Zeit hindurch latent, gleichsam eingebettet und unschädlich im Organismus ruhen können, bis sie plötzlich frei werden und die ursprüngliche Krankheit von neuem auslösen.

Ob nun die Gonokokken dies in ihrer Gestalt und Beschaffenheit als ausgebildete Gonokokken thun, oder ob blos Ivolutionsformen zurückbleiben, die gelegentlich wieder zu richtigen Gonokokken auswachsen, dafür ist bis jetzt noch keine Entscheidung zu treffen. Der treffliche Gonokokkenforscher Wertheim hat auf der letzten Naturforscherversammlung Mitteilungen gemacht, welche die letztere Annahme wahrscheinlich machen. Er zeigte Involutionsformen der Gonokokken, welche in nichts mehr dem typischen Bilde dieser Parasiten glichen, aus welchen er aber regulär ausgebildete Gonokokken züchten konnte; ob er in diesen auch die Virulenz nachgewiesen hat, ist mir nicht bekannt. Der Sache nach ist das aber gleichgiltig. Wesentlich ist nur — was als sicher angenommen werden darf —, daß Keime in irgend einer Gestalt im Organismus auf lange Zeit, vielleicht auf Jahre, ruhen können, ohne Schaden anzurichten, daß sie aber plötzlich unter einem bis jetzt unbekannten Einfluß wieder infectionsfähig und infectionserregend zu werden im Stande sind. Nur so sind jene Fälle von Gonorrhoe zu erklären, zu welchen auch unsere drei gehören, die scheinbar als geheilt entlassen wurden, aber doch später inficirt haben. Leider müssen wir mit der Existenz solcher Fälle rechnen. Glücklicher Weise gehören sie aber zu den Seltenheiten. In unserer Statistik machen sie nur 3 pCt. aus.

Daß nicht nur der Gonococcus, sondern auch andere in der Urethra gefundene Lebewesen inficiren, wird mehrfach behauptet. Auch sind einige solcher Fälle beschrieben worden. Es fehlt die Möglichkeit, festzustellen, ob das einwandfreie Beobachtungen sind oder nicht. Selbst aber angenommen, sie wären richtig, so stellen sie doch eine so verschwindend kleine Zahl gegenüber der ungeheuren Menge von richtigen Trippern dar, daß sie für die practische Seite der Frage außer

Acht gelassen werden dürfen. Für uns ist der Gonococcus das inficirende Agens. Ist er vorhanden, so halten wir die Urethritis für infectiös, wird er nicht gefunden, so liegt die Sache etwas complicirter.

Es ist der Einwand erhoben worden, daß wir nicht in der Lage sind, zu entscheiden, ob eine Urethritis noch infectiös sei oder nicht, weil erwiesenermaßen an einem Tage Gonokokken vorhanden sind, am anderen Tage fehlen, um am dritten wieder zu erscheinen. Unsere oben erwähnten drei Fälle beweisen, daß thatsächlich der Gonococcus lange Zeit hindurch latent bleiben kann, daß also in gewissem Grade dieser Einwand zutrifft. Glücklicher Weise ist das aber nur in gewissem Grade der Fall; denn diese Latenz sahen wir unter 100 Fällen nur dreimal. In anderen blieb der gonokokkenfreie Ausfluß dauernd frei von diesen Mikroorganismen.

Ich stehe in dieser Beziehung ganz auf dem Neisser'schen Standpunkt: man muß denselben Fall häufig und sorgfältig untersuchen, man muß auf eine der bekannten Weisen eine Reizung der Harnröhre vornehmen; sind noch Gonokokken vorhanden, so werden sie dadurch an das Tageslicht gebracht. Eine derartige Provocation der Gonokokken bewirken Excesse in baccho, in venere oder irritirende Injection mit Arg. oder Sublimat. Hat man den letzteren Weg gewählt, so untersuche man erst am Tage, nachdem die provocatorische Einspritzung stattgefunden hat; denn die ersten Stunden nach derselben pflegen alle Mikroorganismen verschwunden zu sein. Auf diese Weise gelangt man in der großen Mehrzahl aller Fälle zum Resultat, d. h. zu der wichtigen Entscheidung, ob ein Fall noch als infectiös zu betrachten ist oder nicht. Daß wir das nicht in allen Fällen mit unseren jetzigen Hilfsmitteln zu erreichen vermögen, kann und muß ohne weiteres zugegeben werden. Ideal wäre in dieser Beziehung eine bacteriologische Untersuchung, die so sichere und ständige Resultate liefert, daß sie bei negativem Ausfall der Impfung uns zu sagen erlaubt: hier sind keine Gonokokken mehr vorhanden. Doch davon sind wir noch weit entfernt.

5. Es erübrigen noch die drei Fälle von Bacteriorrhoe (27, 51, 82). Sie zeichnen sich dadurch aus, daß unabänderlich, so lange sie unbehandelt bleiben, ein graues, wässerig-schleimiges Secret am Morgen und in vermindertem Maßstabe auch während des Tages am Orificium sichtbar wird. Wenn man dieses Secret unter das Mikroskop bringt, so sieht man nicht, wie bei den Fällen von Urethritis, vorwiegend Zellen (Rundzellen und Epithelien), sondern fast ausnahmslos große Haufen von Bacterien verschiedener Gestalt, Stäbchen, Kokken, Diplokokken, Lebewesen in haufen- und kettenförmiger Anordnung; Zellen fehlen fast ganz, hin und wieder gewahrt man einige Rund- und Epithelialzellen.

Ich habe niemals einen schädlichen Einfluß eines derartigen Secrets bemerkt; weder wird es stärker, noch belästigt es den Träger, noch habe ich eine Infection davon ausgehen sehen. Diese Bacteriorrhoe bleibt oft als postgonorrhoische Erscheinung nach einer lange Zeit instrumentell behandelten Gonorrhoe zurück.

An der Hand der Gliederung und Rubricirung der chronischen Urethritiden, wie sie im Voranstehenden geschehen ist, wollen wir nun noch einige therapeutische Fragen in's Auge fassen.

Für alle Fälle steht obenan der Grundsatz, den wir schon bei der Besprechung der acuten Gonorrhoe zum Ausdruck gebracht haben, mit instrumentellem Vorgehen so lange möglichst schonend zu verfahren, als noch Gonokokken vorhanden sind. Dem sind gleich zu achten diejenigen Fälle, in welchen nach langem Verschwundensein Gonokokken wieder aufgetreten sind. Die Exacerbationen sind also eigentlich wie frische Fälle zu behandeln. Wir führen ein für alle Mal nur ungern ein Instrument in die Harnröhre, wenn noch Gonokokken im Secret gefunden wurden. Wir lassen solche Patienten zunächst einige Tage mit desinficirenden, secretionsbeschränkenden Mitteln, am besten mit Thallin oder Kal. permang. spritzen, um erst dann, wenn die Secretion abgenommen hat und die Gonokokken ganz verschwunden oder ihrer Zahl nach sehr viel geringer geworden sind, mit der instrumentellen Behandlung zu beginnen.

Wir hatten schon gezeigt, daß die meisten aller chronischen Urethritiden posteriores sind, daß deswegen mit den gewöhnlichen Injectionen nicht auszukommen ist, daß hier die Janet'schen Spülungen oder die Guyon'schen Instillationen oder beide abwechselnd vorzügliche Resultate liefern.

Sehr schwierig und langwierig zu behandeln sind die Fälle, welche mit Prostatitis complicirt sind. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß sie sich bessern oder ganz geheilt scheinen, so lange man sie behandelt: hört man damit auf, so pflegen die Symptome — Secretion in Form von Ausfluß oder Verklebtsein der Oeffnung oder auch nur Erscheinen von Filamenten im Harn — von neuem aufzutreten. Das erklärt sich leicht dadurch, daß, so lange man spült oder instillirt, der Harnröhrencatarrh unterdrückt wird; unterbleiben diese localen Maßnahmen, so pflanzt sich der die Secretion unterhaltende Proceß von der Prostata her durch die Ausführungsgänge in die Harnröhre fort.

Von der Wirksamkeit der zahlreichen Mittel, welche gegen die Prostatitis empfohlen worden sind, habe ich mich nicht überzeugen können. Man hat den localen Applicationen von Jod oder Ichthyol, in Form von Suppositorien in den Mastdarm gebracht, großen Wert

beigemessen. Von anderer Seite wurde eine Electrisirung der Drüsen und auch Heißwasserspülung durch den Arzberger'schen Apparat vorgeschlagen. Alle diese Verfahren haben ihr Gutes, insofern, als sie die subjectiven Beschwerden dieser Patienten, die häufig nervöser Art sind, zu lindern pflegen. Ganz besonders gilt das von den Heißwasserspülungen. Der Afterschmerz, der Druck und der Stuhldrang werden geringer, verschwinden auch zeitweise ganz, aber objectiv lassen sie keine Einwirkung erkennen. Die Zusammensetzung des Prostatasecrets ändern sie nicht; dieses bleibt nach wie vor eitrig.

In neuester Zeit hat man versucht, mit dem Cauterisator prostatae nach Bottini-Freudenberg die Prostatitis durch Cauterisation zu beeinflussen. Ein abschließendes Urteil über dieses Verfahren kann ich nicht abgeben, weil ich bis jetzt nur zwei Fälle beobachtet habe, welche in dieser Weise behandelt worden sind. Bei beiden war das Resultat negativ, ja bei beiden wurde die gleichzeitig vorhandene Neurasthenie dadurch gesteigert. Ich will den einen Fall, weil ich ihn für lehrreich halte, mitteilen.

Patient K., 33 Jahre alt, der vor acht Jahren Lues durchgemacht hat, erkrankte vor drei Jahren an Tripper, den er bis heute nicht los geworden ist. Es bestand zeitweise Ausfluß, zeitweise auch nur Verklebung und flockiger Harn. Er wurde von sachverständiger Seite, welche ein Jahr nach der Erkrankung eine Prostatitis als Ursache der schweren Heilbarkeit erkannte, mit großer Sorgfalt behandelt. Es waren schon damals Gonokokken nicht mehr vorhanden, der Kranke war aber durch und durch Neurastheniker geworden, klagte über Kreuzschmerzen, die so stark seien, daß er seinen Beruf aufgeben mußte. Er konnte nicht lange stehen, wurde appetitlos, magerte ab und kam in hypochondrische Stimmung, der zufolge er sich vom Leben ganz zurückzog. Besonders belästigte ihn die Wahrnehmung, daß öfter bei geschlechtlicher Erregung und beim Stuhlgange eine klebrige Masse aus der Harnröhre sich entleerte — Defäcationsprostatorrhoe. Der Kollege behandelte ihn mit Prostatamassage, Warmwassersonden per anum, Dilatation der Urethra und zwischendurch mit Urethralspülungen nach Diday und Finger. Unter dieser Behandlung besserte sich der Kranke beträchtlich, kam aber dann aus äußeren Gründen in die Behandlung eines anderen Arztes, welcher, um eine schnellere Heilung herbeizuführen, eine Cauterisation der Prostata von der Harnröhre aus vornahm. Diesem Eingriff folgte eine schwere Leidenszeit für den Kranken. Er kam nicht nur auf den Punkt zurück, an welchem er vor Eingehen der ersten Behandlung gewesen war, sondern wurde erheblich kränker und völlig arbeitsunfähig. Die Symptome schwerer Neurasthenie, verbunden mit Spinalirritation, heftige Rückenschmerzen, Körperschwäche, so daß er sich nicht länger als eine halbe Stunde auf den Beinen halten konnte, waren in den Vordergrund getreten. Die localen Erscheinungen, Ausfluß, flockiger Harn, häufige Phos-

phaturie, Prostatorrhoe. Prostatitis starken Grades vervollständigten das Bild des Kranken zu der Zeit, als ich ihn zum ersten Male sah. Ich schickte hn auf zwei Monate fort und ließ ihn eine milde Wasserkur gebrauchen, die sein Allgemeinbefinden erheblich besserte, das locale Leiden allerdings unbeeinflußt ließ. Unter vorsichtiger localer Behandlung, Sorge für weichen Stuhlgang, methodischer Massage der Prostata, Spülungen der Urethra nach Janet mit schwachen Kal. perm.-Lösungen hat sich die Krankheit innerhalb sechs Monaten derart gebessert, daß als einziges Residuum einige feine Fädchen in klarem Harn erschienen. Das Prostatasecret enthält noch unbedeutende Mengen von Puszellen. Patient ist frei von jeglichen Beschwerden, fühlt sich wohl und geht seinem Beruf wieder nach. Er ist vollkommen aus der Behandlung entlassen und erfreut sich, obwohl schon fünf Monate seitdem vergangen sind, unveränderten Wohlbefindens, auch haben die minimalen zurückgebliebenen localen Abweichungen (Fäden und Rundzellen im Vorsteherdrüsensecret) nicht zugenommen.

Spricht dieser Fall sehr gegen die Cauterisation der Prostata, so ist doch nicht von der Hand zu weisen, daß wir möglicher Weise von diesem Verfahren in geeigneten Fällen Gutes sehen werden. Es erscheint mir das sogar bei richtiger Auswahl der Fälle durchaus nicht unwahrscheinlich. Aber vorerst giebt es für mich nur ein einziges Verfahren, das wirksam und zugleich unschädlich bei der Behandlung der Prostatitis ist, nämlich die methodisch und systematisch angewandte Massage und Expression der Prostata. Ich lasse sie gewöhnlich dreimal wöchentlich von einem Masseur Monate hindurch ausüben und verbinde damit Spülungen nach Janet mit schwachen Kal. perm.- oder Arg.-Lösungen. Diese sind durchaus notwendig, da ja fast ausnahmslos die Urethra miterkrankt, ja von hier eigentlich der catarrhalische Proceß ausgegangen ist. Diese Spülungen nehme man zwei- bis dreimal wöchentlich vor. An den freien Tagen soll der Patient leichte adstringirende Injectionen mit Kal. perm. oder Zinc. sulf. machen. Man sieht unter dieser Behandlung den Ausfluß schwinden, die Flocken sich vermindern und vor allem die Rundzellen im Prostatasecret erheblich kleiner der Zahl nach werden. Bei einigen gelang es, sie ganz zum Schwinden zu bringen. Das häufigste aber ist, daß eine kleine Zahl Rundzellen für immer zurückbleibt, ein Zustand, von dem ich nicht beobachtet habe, daß er später schädliche Folgen hat.

Noch schwieriger und bei weitem undankbarer für die Behandlung sind die sog. chronischen infiltrativen Formen der Urethritis, deren Pathogenese wir vorhin auseinandergesetzt haben. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß sie trotz aller unserer therapeutischen Bemühungen unbeeinflußbar zu sein scheinen. Während die mit Prostatitis complicirten Fälle wenigstens vorübergehend gebessert werden, bleiben bei

jenen Ausfluß, Verklebtsein und Flocken entweder in unveränderter oder in wenig veränderter Form bestehen. Der Proceß der Infiltration geht häufig von den Drüsen und Crypten aus und bleibt an diesen localisirt, in anderen Fällen aber schreitet er weiter fort und ergreift weite Strecken der Urethra. Das Resultat ist in den ersteren, ganz besonders aber in den letzteren Fällen ein partielles Starrwerden der Urethralwände, das in den extremen Graden zur merkbaren Strictur wird. Haben die Wände ihre Elasticität verloren, ist der Tonus der feinen Urethralmusculatur verschwunden, so klaffen die Drüsen, wie man urethroskopisch sehen kann, und das Secret der Drüse, das sonst von eben diesem Tonus zurückgehalten wird, ergießt sich in die Urethra, aus welcher es, von dem Harnstrahl aufgerollt, im Harn als Filament erscheint.

In Berücksichtigung dieser Pathogenese hat man die infiltrativen Urethritiden seit langem combinirt mechanisch und chemisch behandelt, mechanisch, um die Infiltration zu heben, chemisch, um den begleitenden Catarrh zur Ausheilung zu bringen. In dieser Absicht empfahl Ultzmann die Sondenkur, die Einführung von immer stärker werdenden Sonden in die Harnröhre und Liegenlassen daselbst auf längere Zeit. Zwischendurch sollte der Patient Einspritzungen vornehmen. Unna wollte Beides verbinden und ließ Cacaobutter, Argentummassen auf die Sonden streichen derart, daß die durch die menschliche Wärme geschmolzene Höllensteincacaomasse in die durch die Sonde geöffneten Spalten, Crypten und Drüsen hineingelangen konnte. Ich selbst empfahl später, um dies Verfahren noch wirksamer zu gestalten, die canellirten Sonden, in deren Canäle Arg.-Lanolin hineingeschmiert wurde. Dann kam die Periode der Dehninstrumente, deren erstes von Oberländer angegeben wurde. Da das Orificium der Einführung stärkerer Sonden hinderlich war, so construirte er seine Instrumente, die geschlossen etwa Charrière 16 entsprachen und deren Branchen vesicalwärts auseinander geschraubt werden können. Es folgten Lohnstein, Kollmann und Andere mit vier- und achtblätterigen Dehnern.

Nach meinen Erfahrungen ist die mechanische Therapie, verbunden mit der chemischen, gut und nützlich, wenn sie mit großer Vorsicht und in weiser Beschränkung ausgeübt wird. Alle Maßnahmen, welche die Harnröhre zerreißen, sind vom Uebel; sie fügen zu dem alten Proceß eine neue Narbe. Man beginne mit der Einführung von Sonden, so stark, wie sie die Harnröhre gerade passiren läßt, etwa zweimal wöchentlich. In der Zwischenzeit macht der Kranke Injectionen oder bekommt Spülung nach Janet. Ist man bei 23—24 Charrière angelangt, dann gebrauche man die Dehninstrumente, von denen ich

mit dem sehr zweckmäßigen Oberländer'schen arbeite. Die Dehnungen dürfen nicht öfter als höchstens 1—2mal wöchentlich vorgenommen werden. Das Ansteigen zu größerer Ausdehnung geschieht ganz allmählich, nicht mehr als 1 mm in jeder Sitzung.

Von der gleichzeitigen Spülung und Dehnung, die ich auch erprobt habe, habe ich keinen Vorteil gesehen. Vielleicht werden localisirte Urethrotomien uns weiter führen. Dieselben werden ausgeführt mit einem Instrument, das auf dem von Otis angegebenen Princip beruht und welches kürzlich von Kreisl in dieser Zeitschrift beschrieben wurde. Man macht mit demselben nur an der Stelle der Infiltration eine oder mehrere Incisionen. Ich habe den Eindruck, als ob dieses Vorgehen schneller und sicherer zum Ziele führt als die Dehnungen, doch fehlen mir noch ausgedehnte Erfahrungen darüber.

Die Resultate, die ich bis jetzt bei den infiltrirenden Urethritiden erzielt habe, sind quoad restitutionem recht mäßige. Es ist das ja vollkommen verständlich. Bevor wir nicht im Stande sind, die Starrheit der Urethralwand zu beheben, werden wir auch die auf eben jene Starrheit zurückzuführende Secretion nicht ausrotten können.

Und das führt uns nun zu der wichtigen Frage: was fangen wir mit den Fällen an, in welchen es uns nicht gelingt, die Secretion zu beseitigen, in welchen entweder eine geringe schleimige Absonderung in Form eines Tropfens oder auch nur in Form von Filamenten constant bleibt?

Nach meinen Erfahrungen kann hier einzig und allein der Umstand entscheiden, ob der betreffende Fall noch als ein infectiöser zu betrachten ist oder nicht. Infectiös nennen wir nur solche Fälle, in welchen sich der Gonococcus findet oder welche nachweislich die Femina mit Gonorrhoe inficirt haben. Es ist nach meiner Auffassung bisher noch von keinem anderen in der Urethra gefundenen Mikroorganismus in einwandsfreier und sicherer Weise dargethan worden, daß er eine Urethritis erzeugt. Sollte man aber anderer Meinung sein und z. B. einen Fall gelten lassen, in welchem das Bacterium coli der Infectionsfähigkeit beschuldigt worden ist, so sind das doch so verschwindende Ausnahmen, daß wir, wie schon oben hervorgehoben, practisch nur mit dem Gonococcus zu rechnen haben.

Bei den Bacteriorrhoen, jener schon beschriebenen Form von Secretion, bei welcher man unzählige Massen von verschiedenartigen Kleinlebewesen in dem am Orificium sichtbaren Secret findet, habe ich mich niemals überzeugen können, daß sie in irgend einer Weise schädlich sind, weder für den Träger, noch für die Femina, mit welcher die Cohabitation statthatte. Es ist also eine durchaus unschuldige Affection,

die einer Behandlung nicht bedarf. Das geht auch daraus hervor, daß man nicht beobachtet, daß die Secretion sich steigert, wenn man sie vernachlässigt. Die Träger derselben können trinken und sexuell thätig sein, ohne daß sich irgend eine Einwirkung auf die Harn- oder Geschlechtsorgane bemerkbar macht. Die einzige Aufgabe des Arztes besteht hier darin, den Patienten über seinen Zustand aufzuklären, ihm seine Unschädlichkeit plausibel zu machen und ihn zu beruhigen.

Was nun den Gonococcus betrifft, so wurde schon erwähnt, daß sein Auffinden zuweilen auf große Schwierigkeiten stößt, daher die Entscheidung der Frage, ob ein Fall infectiös ist oder nicht, sehr schwierig sein kann. Man hat beobachtet, daß die im Harn vorhandenen Filamente keine Gonokokken enthalten, während die mit dem Bougie à boule ausgewischte Harnröhre Secretmengen zu Tage förderte, in welchen diese Pilze anwesend waren. Man kennt verbürgte Fälle genug, in welchen ein gesunder Mann mit nur einer Frau Cohabitation pflegt und einen Tripper bekommt, ohne daß bei der Frau auch nur die mindeste Krankheitserscheinung nachweisbar ist. Umgekehrt können Frauen an Gonorrhoe erkranken, deren Männer keine erkennbaren Symptome eines Trippers besitzen. Weiter giebt es Fälle, in welchem das Secret der Harnröhre frei von Gonokokken ist, während sich im Prostatasecret solche finden, und umgekehrt werden sie in der Harnröhrensecretion gefunden, ohne im Prostatasecret vorhanden zu sein. Endlich haben wir schon der Fälle mit latenten Gonokokken gedacht, in welchen nach monatelangem Freisein des erhältlichen Secrets von Gonokokken diese plötzlich wieder auf der Bildfläche erscheinen.

Diese Verhältnisse erschweren also unser Urteil ungeheuer, und es ist zweifellos, daß Irrtümer vorkommen. Dennoch aber kann man sagen, die Erfahrung hat uns gewisse Merkmale und Anhaltspunkte gegeben. Die Gonokokkenfälle zeichnen sich dadurch aus, daß die Secretion keine gleichbleibende ist. Diese wechselt in ihrer Menge, sie ist bald größer, bald kleiner, während bei den gonokokkenfreien Urethritiden, die sich jeder Therapie widersetzt haben, eine gewisse Constanz der Secretionsquantitäten besteht.

Wir müssen fordern, daß solche Fälle längere Zeit beobachtet werden, damit sie häufiger untersucht werden können. Hat man sich bei den verschiedensten Malen überzeugt, daß das Secret, das man gewinnen soll durch Exprimiren, aus der Harnröhre, aus der Prostata, durch Auswischen mit dem Bougie à boule, daß dieses Secret nach mehrfachen stattgehabten Reizungen verschiedener Natur gonokokkenfrei ist, dann können wir die Fälle aus der Behandlung entlassen und auch den Eheconsens geben. Es geht nach meiner Ansicht nicht an, die

Kranken so lange zu behandeln, als man noch Eiterzellen in den Filamenten oder in dem Secret findet, wie dies einige von mir und Anderen hochgeschätzte Collegen wünschen. Die Fäden bleiben oft bestehen. Dann müßte man zahlreiche Männer viele Jahre, Jahrzehnte, ja zeitlebens behandeln, und wollte man allen diesen die Ehe verbieten, und sie würden diesem Verbot Folge leisten, so würde das Menschengeschlecht aussterben. Von zwei Uebeln muß man das kleinere wählen. Dieses ist aber entschieden das, daß man sich nach meinem soeben präcisirten Standpunkt richtet, selbst auf die Gefahr hin, mal einen diagnostischen Irrtum begangen zu haben, das heißt einen Fall für gonokokkenfrei erklärt zu haben, in welchem sich früher oder später mal Gonokokken finden.

Das größere Uebel ist, wenn man allgemein solche Männer protrahirter und Jahre ausgedehnter Behandlung unterwirft, die häufig die Secretion, wegen deren die Behandlung stattfindet, nicht beseitigt und andererseits Neurasthenien von der leichtesten bis zu der schwersten Art großzieht und geradezu züchtet.

Und hierin liegt der Schwerpunkt der ganzen Sache. Was sehe ich nicht jahraus, jahrein für eine große Zahl von Neurasthenikern, Männer, die an Cerebrasthenie, Myelasthenie, Impotentia coeundi, Hypochondrie, Melancholie und ähnlichen Affectionen leiden. Das sind Leute, die durch den „nicht heilen wollenden Tripper“ dazu gebracht worden sind, leider oft sehr brave und achtbare Menschen. Denn die Leichtsinnigen, die sich um ihren Tripper nicht kümmern, bekommen diese Krankheit nicht; je gewissenhafter die Menschen sind und je mehr sie den Glauben an die Heilbarkeit ihres Harnröhrencatarrhs verlieren, um so sicherer verfallen sie dem Schicksal der sexuellen Neurasthenie. Wenn diese Leute von einem Arzt zum anderen laufen und jeder von diesen eine fruchtlose, Monate und Jahre dauernde, meist schmerzhafte Kur unternimmt und jeder ihnen von neuem die Ehe verbietet, dann sind die Prädispositionen für die Entstehung der Neurasthenie erhöht.

Als Muster, was aus solchen Kranken wird, die in der geschilderten Weise behandelt werden, führe ich einen Fall an, den ich schon gelegentlich meines Vortrages mitgeteilt hatte, der im Rahmen dieser Ausführungen nicht fehlen darf. Der sehr intelligente Patient berichtet:

Ich bin 1869 geboren und wurde im Jahre 1894 mit Tripper und Syphilis angesteckt. Letztere ist im Laufe der Jahre dreimal mit Quecksilberkuren behandelt worden und anscheinend beseitigt.

Den Tripper behandelte zuerst Dr. A. in Berlin, der mich selbst täglich dreimal eine Zincum sulphuricum-Lösung einspritzen ließ und den Fall —

vielleicht weil er eben täglich vorkommt — sehr leicht nahm. Ich fühlte deutlich, daß an dem Organ, trotzdem Herr A. das Gegenteil behauptete, etwas nicht in Ordnung sei und consultirte Herrn Dr. B. (Juni 1895). Ich wurde dort mit dicken und immer dickeren Bougies nebst Höllenstein und schließlich mit einem Dehnapparat zugleich eine Höllensteinlösung ausfließenlassend behandelt. In viermonatlicher, täglich vorgenommener Behandlung wurde kein Erfolg erzielt. Im Gegenteil, als ich im October ratlos mit meinen Besuchen pausirte, stellte sich starkes Brennen der hinteren Harnröhre ein, das ich seit der Zeit nie mehr los geworden bin. In meiner Angst eilte ich wieder zu Dr. A., der mich den ganzen Winter durch nach der Guyon'schen Methode behandelte (Einträufeln eines Tropfens starken Höllensteins an die Stelle). Das Brennen blieb bestehen. Im Winter 1896/97 besuchte ich Herrn Dr. C. Er suchte zu entdecken, woran das Uebel lag, electrisirte mich, führte Kühlsonden ein, massirte die Vorsteherdrüse vom Mastdarm aus etc., immer mit gleichem Mißerfolg. Schließlich hatte er die Ueberzeugung, ich sei ein Querulant und das Leiden Nervosität und sandte mich zum Nervenarzt Dr. D., dieser nach dreiwöchentlichen, selbstverständlich vergeblichen Bemühungen zum Dr. E. Nachdem dieser 3—4 Wochen gedehnt hatte (Instrument mit Gummiüberzug, weniger die hintere als die vordere Harnröhre treffend), eröffnete er mir, daß seine Kunst am Ende sei. Ich ging, behielt mein Brennen und hatte mich damit abgefunden, mit diesem Zustand, an den ich mich, wenn auch schwer, gewöhnt hatte, zu leben. Da stellte sich Mitte März dieses Jahres (1899) ein Drücken an der Blase ein, das sich zuweilen zu empfindlichem Schmerz steigert. Stärkerer Harndrang wurde dadurch nicht oder nur wenig hervorgerufen. Nach Herrn Dr. B.'s Angabe war das Prostataentzündung, hervorgerufen wahrscheinlich oder sicher durch das alte Leiden. Mit fast täglichen, immer stärkeren Bougies, Höllensteinlösungen (bis zu 5 pCt.) wurde kein Erfolg erzielt. Zwei Sommermonate pausirten wir zum Teil auf Wunsch des Herrn Doctors, der die häufige Reizung durch die dicken Bougies (bis No. 64) als möglicher Weise ungünstig für das Leiden ansah. Im September nahmen wir die Behandlung wieder auf — ohne Erfolg.

Gleichsam als Ultima ratio wünschte Herr Dr. B. eine Operation vorzunehmen, die ich am 7. November machen ließ. (Einführung eines in einer Hülse entlang geführten Platinmessers, das an der Vorsteherdrüse einschneidet und durch electrischen Strom glühend gemacht wird.) 60 Secunden wurde gebrannt, wie ich höre, in dem Samenhügel. Leider hatte Dr. B. das Unglück, das 20 cm lange Stück Hartgummi, das zur bequemeren Einführung des Instrumentes dient, durch Loslösung in der Blase zu verlieren. Natürlich verursachte das bald Schmerzen und wurde am 11. November schwer, aber schließlich glücklich vermittels Lithotriptors (?) nach vorheriger Spiegelung entfernt. Die Folgen der Operation sind die:

1. Drei Wochen lange Trübung des Urins (angeblich von der Wunde herrührend).

2. Keine Besserung des alten Druckgefühls, das sich zeitweilig (wie

ich höre, in Folge des Druckes auf die Harn- (?) oder Samen(?)leiter) an der Seite bis an die oberen Teile der Hüften erstreckt.

3. Schmerzen beim Urinlassen, die wohl noch von der entweder noch immer offenen Wunde oder von deren schlechter Verheilung herrühren können (in Folge des nachträglichen Einführens der Instrumente).

4. Eine Zeit lang zweistündiger Drang zum Uriniren, der nur durch Zäpfcheneinführung in den Mastdarm gelindert wurde. Jetzt besteht der Drang nicht.

Herr Dr. B. hat Kenntnis davon, daß ich mich an einen anderen Herrn Arzt wende.

Lebensweise. Ich bin geschäftlich wie früher thätig, zwar nicht ständig am Pult, aber auch nicht zu viel in Bewegung. Zu größeren Wegen benutze ich Stadt- oder Pferdebahn.

Diät. Vor der Operation keine eigentliche; seit derselben trinke ich fast nur Milch und habe zeitweilig eine Salicylmedicin zu nehmen aufbekommen.

Intimen weiblichen Umgang habe ich nicht. Ich verkehrte, bevor ich diese Prostatitis bekam, mit einer Dame (ebenfalls nicht intim, doch sehr freundschaftlich). Der Verkehr ist auf dieser Stufe stehen geblieben und wird ganz aufhören, wenn Sie der Ansicht sind, daß das stärkere Wallen des Blutes, das durch Gegenwart der Dame nolens volens manchmal hervorgerufen wird, meinen Zustand beeinflußt.

Gemütisch bin ich durch die endlosen Mißerfolge sehr herunter. Ich bin verbittert, verschlossen, beneide jeden Gesunden und verliere sehenden Auges jeden Tag mehr und mehr das seelische Gleichgewicht.

Nachdem der Kranke durch Blasenspülungen von seiner traumatischen Cystitis innerhalb vier Wochen befreit worden war, untersuchte ich ihn und fand einen geistig gebrochenen, aber körperlich ganz gesunden Mann. Als Abweichungen von der Norm bestanden lediglich zeitweise auftretende Phosphaturie, einige Filamente, zusammengesetzt aus Leukocyten und Epithelien ohne Gonokokken und minimalem Leukocytengehalt des Prostatasecrets.

Können wir auch nicht beurteilen, wie der Zustand des Kranken objectiv vor dem Einsetzen jener energischen Behandlung war, so kann man sich des Gedankens nicht erwehren, daß hier zu viel geschehen ist. Es erscheint unzweifelhaft, daß diese Therapie mehr geschadet als genützt hat. Der Kranke ist so weit herunter, daß ihn nach meiner Ueberzeugung nur eine Anstaltsbehandlung retten kann.

Wenn nun auf der einen Seite ein Uebermaß der Behandlung schadet, wie der vorangehende Fall gelehrt hat, so ist es andererseits verkehrt, dem Kranken jede Behandlung zu versagen. Das ist ja selbstverständlich für die besserungsfähigen Urethritiden. Der erfahrene und urteilsfähige Arzt wird in nicht zu langer Zeit dazu kommen, zu erkennen, was er in einem gegebenen Fall erreichen kann. Ist er dahin

gelangt und ist der Fall auch noch nicht im idealen Sinne geheilt, dann besteht die Aufgabe im Wesentlichen darin, den Patienten von der Unschädlichkeit seines Zustandes, von der Geringfügigkeit seiner Affection zu überzeugen.

Es ist allgemein bekannt, daß das keine leichte Arbeit ist. Die Gonorrhophoben wollen unter allen Umständen behandelt sein, selbst wenn die Behandlung mit Schmerzen verbunden ist. Sie trauen dem Arzte nicht, der ihnen sagt: die Filamente haben keine Bedeutung. Trotzdem aber muß unser Ziel dahin gehen, den Patienten die Ueberzeugung beizubringen, daß das, was ihnen als eine Krankheit erscheint, keine Krankheit mehr, sondern der Folgezustand einer überstandenen Krankheit ist. Nur versage man diesen Leuten nicht jede Hilfe. Sie bedürfen des ärztlichen Rates. Man giebt ihnen allgemein hygienisch günstig wirkende Verordnungen, bei denen Bäder eine große Rolle spielen, Dinge, auf die ich nicht einzugehen brauche, weil sie jedem durchgebildeten Arzt bekannt sind.

Wenn wir nach solchen Gesichtspunkten verfahren, so werden wir viele sogenannte Gonorrhoiker, die der That nach keine sind, vor der Neurasthenie bewahren, und es wird uns gelingen, so manchen Neurastheniker, dessen Erkrankung auf die Gonorrhophobie zurückzuführen ist, von seinem Leiden zu befreien, ihn wieder gesund, arbeitsfähig und arbeitsfreudig zu machen.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Grosglik: **Spastischer Verschluss der Speiseröhre als Symptom von Harninfection.** (Centralbl. für Harn- und Sexualorgane 1900, No. 2.)

Verf. beschreibt in sehr ausführlicher Weise die Krankengeschichte eines 73jährigen Patienten, welcher hauptsächlich über Schlingbeschwerden mit rapid zunehmender Cachexie klagte und bei welchem die Diagnose auf Speiseröhrenkrebs gestellt war. Jede Speise wurde sofort erbrochen. Daneben bestand das Unvermögen, den Harn Nachts zu halten; tagüber wurde der Urin stündlich und ohne jede Beschwerde entleert. Diese Harnerscheinungen glaubte G. mit den Schlingbeschwerden in Zusammenhang bringen zu müssen, was auch die locale Therapie bestätigte (Mastdarmernährung, Ausspülung der Blase etc.). Danach gingen die Schlingbeschwerden zurück und hatte es sich lediglich im vorliegenden Fall um eine vorübergehende Oesophagusstenose gehandelt, deren Ursache wiederum in einer Harnvergiftung in Folge der Prostatahypertrophie zu suchen war.

Stockmann (Königsberg i. Pr.)

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Annequin: **De l'utilisation de l'éther pour la recherche des albumoses dans les urines.** (Soc. nat. de médecine de Lyon, December 1899. Lyon médical 1899, 53.)

A. empfiehlt zum Nachweis von Albumosen und Derivaten von Albuminen im Urin folgendes Verfahren: Der frische Harn — wenn eiweißhaltig, durch Kochen, Essigsäurezusatz, Filtration und Abkühlung vom Eiweiß gereinigt — wird mit einem Drittel Aether versetzt; das Reagensglas wird mit einem Pfropfen geschlossen, geschüttelt und ruhig hingestellt. Wenn, wie bei den meisten Infectionskrankheiten, Albumosen und Eiweißderivate vorhanden sind, erscheint an den Rändern des Glases bald eine Art fettiger Emulsion, die die Oberfläche des Harns überzieht und wie Collodium aussieht; oft wird sie so kräftig, daß man die Eprouvette umkehren kann, ohne etwas zu vergießen. Wenn man das Glas offen oder an einem warmen Ort stehen läßt, wird sie geringer. Nur in saurem Harn erfolgt diese Erscheinung, im Eiweißharn weniger, als wenn das Eiweiß entfernt ist. Fast alle verwandten Sera, Bouillonculturen etc., haben nach Ansäuerung diese Erscheinung gezeigt. Mankiewicz.

Dr. Galileo Pierallini (Florenz): **Ueber alimentäre Oxalurie.** (Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin.)

Auf Grund seiner in dem chemischen Laboratorium des pathologischen Instituts zu Berlin ausgeführten Untersuchungen behauptet Verf., daß die löslichen und unlöslichen Salze der Oxalsäure teilweise, die letzteren in geringerem Grade als die ersteren, resorbirt werden, daß sie unter der Form des Kalkoxalat im Harn zu finden sind und daß die Mengen dieser Salze, welche in einigen Nahrungsmitteln sich befinden, genügend sind, um eine Zunahme dieser Ausscheidung zu veranlassen. Lubowski.

Theodor Lohnstein (Berlin): **Ueber das Vorkommen von Traubenzucker im Harn der Nichtdiabetiker auf Grund einer neuen Methode zur quantitativen Bestimmung kleinster Mengen von Glycose im Urin.** (Allgem. medic. Centralztg. 1900, No. 30—33.)

Wenngleich es ziemlich sicher ist, daß auch der normale Harn meist Spuren von Traubenzucker enthält, so lagen bisher noch keine völlig einwandfreien Angaben über die Grenzen vor, in denen sich dieser noch nicht als

krankhaft anzusprechende Traubenzuckergehalt bewegt. Das hat, wie Verf. einleitend ausführt, seinen Grund in der Unzulänglichkeit bezw. Umständlichkeit der bisher bei der Untersuchung dieser Frage benutzten Methoden der Zuckerbestimmung. Insbesondere sind die relativ hohen Zahlen E. Luther's und Breul's wohl auf fehlerhafte Methoden zurückzuführen. L. hat daher ein neues Verfahren der Zuckerbestimmung erdacht, welches auf demselben Princip beruht, wie der auf S. 219—221 dieses Jahrg. der Monatsberichte beschriebene Apparat, nur daß es dem besonderen Zweck der Ermittelung sehr kleiner Zuckergehalte speciell angepaßt ist. Der Zuckergehalt wird durch die Kohlensäure gemessen, die aus dem mit Hefe versetzten Urin entweicht, falls derselbe einige Stunden einer Temperatur von 35—40° C. ausgesetzt wird; der Urin ist im Gährungsapparat über Quecksilber abgesperrt, welches letztere durch die Kohlensäure in dem längeren engen Rohr des Apparats in die Höhe getrieben wird. Die Niveauänderung des Quecksilbers wird gemessen. Durch einen Parallelversuch mit einem ganz gleichartigen Apparat wird festgestellt, welche Aenderung die Hefe an sich vermöge des in ihr enthaltenen Gases in dem Stande der Quecksilbersäule hervorbringt. Zieht man diese Größe von der im Hauptversuch beobachteten Niveauänderung ab, so erhält man die auf Rechnung der Gährungskohlensäure zu setzende Steigung der Quecksilbersäule und kann aus letzterer leicht den Traubenzuckergehalt des Urins berechnen. Die Einzelheiten dieser Rechnung sind in der Abhandlung ausführlich angegeben. Um von der Genauigkeit des Verfahrens einen Begriff zu geben, sei nur bemerkt, daß bei den vom Verf. gewählten Dimensionen einem Zuckergehalt von 0,1 pCt. eine Steigung der Quecksilbersäule von 55 mm entspricht. Es ist zweckmäßig, den Harn, falls er nicht schon von vornherein sauer ist, ganz leicht anzusäuern (Zusatz des Autors zum Referat). Verf. hat 94 Urine von Nichtdiabetikern nach seiner neuen Methode untersucht, darunter hatten weniger als 0,01 pCt. Traubenzucker 26, von 0,01 bis 0,019 pCt. 20, von 0,02 bis 0,029 pCt. 24, von 0,03 bis 0,039 pCt. 5, von 0,04 bis 0,049 pCt. 9, von 0,05 bis 0,059 pCt. 3, von 0,06 bis 0,1 pCt. 7. Der durchschnittliche Traubenzuckergehalt sämtlicher Urine betrug 0,023 pCt., nach Ausschaltung einiger wahrscheinlich als pathognomonisch zu betrachtenden Werte sinkt der Durchschnittswert auf 0,021 pCt. (Zusatz des Autors bei dem Referat: Der Patient No. 57 mit Cataracta incipiens und 0,08 pCt. Traubenzucker, der in der Abhandlung als auf Diabetes mellitus verdächtig bezeichnet ist, hat sich gelegentlich einer späteren nochmaligen Consultation als Nichtdiabetiker herausgestellt; als höchster bei Nichtdiabetikern vom Verf. beobachteter Zuckerwert ist nunmehr also 0,08 pCt. zu setzen.) Die Vormittagsurine enthielten durchschnittlich nur etwa die halbe Zuckermenge wie die Nachmittagsurine, die Frauen schieden anscheinend ein wenig mehr Zucker aus als die Männer. In einem Anhang sind einige vom Verf. beobachtete Fälle von ganz vorübergehender leichter Glycosurie (Dauer 1 Tag, Maximum 0,32 pCt.) zusammengestellt. Referat des Autors.

Navarre: **Aggravation subite d'un diabète après un piqûée de guêpe.** (Soc. nat. de méd. de Lyon, 6. septembre 1899. Lyon médical 1899, 410.)

Eine 67jährige Dame mit geringem (0,4proc.) Diabetes wird beim Früchtepflücken im Herbst von einer großen Wespe gestochen. Neben starkem localen Schmerz und Schwellung kommt es zu Schwächeanfällen, Oppressionsgefühl und Fieberschauern; nach 24 Stunden blieben große Schwäche, Uebelbefinden, starker Durst und unangenehmer Atem übrig. Der einige Tage später untersuchte Urin (1350 g) enthielt 4 pCt. (!) Zucker und Aceton. Trockenheit des Rachens, Kopfschmerzen, besonders Morgens, und Muskelschwäche in den Beinen waren die klinischen Symptome.

Es scheint neben dem Schreck beim Stich sicher eine causale Beziehung zwischen der Einführung des Wespengiftes und der Verschlimmerung des Diabetes (bis zur Acetonämie) zu bestehen. Mankiewicz.

Klippel: **Diabète hydrurique au cours de la tuberculose.** (Société de neurologie, 1. Februar 1900. Archives de neurologie 1900, LI, 255.)

Im Verlauf einer subacut verlaufenden Tuberculosis ulcerosa bekam ein Kranker brennenden Durst, nachher Polyurie. Es war ein Diabetes insipidus, denn die täglich entleerten 8—10 l Harn wiesen niemals Zucker, niemals Harnstoff im Uebermaß auf. Nach zwei Monaten erlag der Kranke. Wir kennen den Einfluß von Infectionen und cachectischen Autointoxicationen auf das Nervensystem; oft kommt es unter dem Einfluß dieser Infectionen zu deutlicher Uebererregbarkeit. Hat nicht vielleicht die Tuberculose durch Schaffung dieser Uebererregbarkeit den Diabetes insipidus bei diesem — überdies hereditär belasteten — Kranken hervorgerufen? Hier sind, im Gegensatz zu den meisten Fällen, Durst und Polydipsie der Polyurie vorangegangen. Mankiewicz.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Dr. Paul Richter: **Ueber die Anwendung des Neutralrot zur Gonokokkenfärbung.** (Dermatologische Zeitschrift 1900, Bd. 7, Heft 2.)

Verf. berichtet über das Ergebnis seiner Untersuchungen, welche die Nachprüfung der von Uhma und Plato angegebenen Methoden der Gonokokkenfärbung bezweckten. Ueber die Methode von Plato ist in diesen Monatsberichten (cf. Jahrgang 1900, H. 3, S. 151) ausführlich berichtet. Die Methode von Uhma besteht in Folgendem: Man benetzt Objectträger mit einer $^1/_2$—1proc. alkoholischen Lösung von Neutralrot und läßt dieselbe ein-

trocknen. Darauf legt man ein mit einem kleinen Tröpfchen Eiter beschicktes Deckgläschen und untersucht sofort das Präparat. Bei der Nachprüfung der beiden genannten Färbemethoden ist Verf. vom rein wissenschaftlichen Standpunkt aus zu keinem abschließenden Urteil gekommen. Bezüglich der von Plato constatirten Entfärbung und Wiederfärbung der Gonokokken ist Verf. der Ansicht, daß dieselbe vielleicht auf einem chemischen Processe, der Bildung von Leuko-Neutralrot beruht. Verf. hat nämlich beide Färbungsmethoden auch mit Methylenblau gemacht und auch dort die Entfärbung gefunden, wobei er von competenter chemischer Seite darauf aufmerksam gemacht worden ist, daß beim Methylenblau durch Oxydationsprocesse in derselben Zelle eine Reduction stattfindet, durch die das Methylenblau in seine farblose Base, das Leuko-Methylenblau verwandelt wird, die sich wieder durch Sauerstoffzufuhr in das eigentliche Methylenblau verwandelt. Darauf führt Verf. die Erfahrung zurück, daß es sowohl mit Methylenblau wie mit Neutralrot in gleicher Weise nicht gelingt, dauernde Präparate herzustellen, da die Präparate sich nach kurzer Zeit entfärbten.

Im Gegensatz zu Plato ist Verf. der Meinung, daß die Färbung ein Zeichen des Absterbens oder Abgestorbenseins ist, erstens, weil die extracellulären Gonokokken, die eine größere Lebensfähigkeit haben, nicht gefärbt sind, zweitens, weil dafür die in der Litteratur vorhandenen Angaben über die vitalen Färbungsmethoden sprechen. Hauptsächlich aus diesem Grunde gelangte Verf. zu der Ansicht, daß die beiden Methoden für den practischen Arzt keinen Wert haben. Wird die Untersuchung sofort gemacht, so dauert es manchmal recht lange, ehe man Gonokokken findet, die zuweilen in dem ausgeflossenen Eiter sehr selten sind. Wartet man aber bis nach Schluß der Sprechstunde, so findet man nach der Plato'schen Methode noch brauchbare Präparate, während auf den nach der Uhma'schen Methode angelegten Präparaten Alles, auch andere Mikroorganismen, gefärbt ist. Andererseits ist Verf. der Ansicht, daß die Einführung des Neutralrots zur Verwendung nach den alten Methoden der Gonokokkenuntersuchung practisch ist. Er hat das Neutralrot in $^1/_4$proc. wässeriger Lösung benutzt, und zwar hat er dasselbe, weil es sich kalt sehr langsam löst, in der Wärme gelöst. Er färbt damit die nur lufttrocken gewordenen, nicht fixirten Präparate 10 Secunden in der Kälte und spült gründlich ab. Man kann dies ruhig über der Waschschüssel machen, ohne, wie beim Methylenblau, untilgbare Flecke befürchten zu müssen. Man erhält dann intra- und extracelluläre Gonokokken und andere Mikroorganismen, die Kerne und Grenzen der Eiterzellen und Epithelien, sowie die etwa vorhandenen Blutkörperchen deutlich und unterschiedlich von einander gefärbt, mindestens so gut wie mit Methylenblau und besser als mit der Pick-Jacobsohn'schen Methode, welche nur die Gonokokken deutlich färbt, während sie die zelligen Bestandteile so verschwommen und undeutlich zeigt, daß man über deren Natur kein Urteil fällen kann, was für die Behandlung der Gonorrhoe sehr häufig von größerer Wichtigkeit ist, als das nach müheseligem Suchen gelungene Auffinden einzelner Gonokokken. Lubowski.

Dr. Spiegelhauer (Zwickau): **Zur Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis.** (Monatshefte für practische Dermatologie 1900, Bd. 30, Heft 8.)

Seit zwei Jahren behandelt Verf. die gonorrhoische Epididymitis mit heißen Umschlägen. Er schneidet aus Billroth-Battist ein Rechteck von ca. 15 cm Breite zu 20 cm Länge und ein eben solches aus einer dicken Lage Verbandgaze. In der Mitte der einen kurzen Seite der Rechtecke wird je ein Loch ausgeschnitten, durch welches der Penis gesteckt wird. Die Verbandgaze ist mit 10proc. heißer essigsaurer Thonerde getränkt, darüber kommt der Billroth-Battist und dann ein billiges Suspensorium mit Gummizugeinsatz in den Schenkelriemen. Die Hauptsache bei der Anlegung des Suspensoriums ist, daß der Leibriemen ganz straff angezogen wird. Der Umschlag wird dreimal täglich erneuert. Meist können die Patienten bei dieser Behandlung ihrem Beruf nachgehen, da durch die Hebung des Sackes und die dadurch bedingte Entlastung der Samenstränge der Schmerz geschwunden ist. Innerlich bekommt der Kranke täglich 3 g Natrium salicylicum.

Nach dieser Methode hat Verf. bereits 20 Fälle behandelt mit dem Resultat, daß es in keinem einzigen Falle zur Eiterung kam und die Krankheit viel schneller und vollständiger zurückging als bei den früheren Behandlungsmethoden. Lubowski.

H. Bardier: **L'électrolyse dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.** (Lyon médical 1899, 50 u. ff.)

In einer langen Abhandlung, in welcher die früheren Versuche und Erklärungen des Weiteren erörtert werden, kommt B. zu folgenden Schlüssen und Empfehlungen. Die mit dem negativen Pol in die Strictur einzuführende Electrode soll ringförmig um die Bougie herumgehen; man kann diese Electrode bis zu einem No. 3 Fil. Char. herstellen, welche genügt. Es kommt nicht nur zu einer durch das an dem negativen Pol entstehende Aetznatron hervorgerufenen geringen Aetzung der Stricturstelle, sondern auch zu einer interstitiellen Electrolyse, welche eine weniger energische Veränderung der Gewebe hervorruft, als die nahe bei der Electrode zu Stande gekommene. Diese Veränderung des Gewebes soll eine regressive Metamorphose sein, welche die neue Narbenbildung und Retraction ausschließen soll. Ganz besonders warnt B. vor der linearen Electrolyse, welche nach seinen und Desnos' Untersuchungen nichts weiter als eine mit dem electrischen Strom vorgenommene verschlechterte Urethrotomia interna mit beinahe sicherem Recidiv und starker Narbe ist. Das Bardier'sche Instrument ist so eingerichtet, daß man keinen Druck auf die Bougie zum Eintritt in die Strictur auszuüben braucht; der electrolytische Ring ist cylindrisch und tritt mit den stricturirten Partien sofort in Contact. 6 cm vom vorderen Ende der Bougie ist der metallische Ring, 5 mm hoch, 0.75 mm dick, eingefügt, welcher in der Circumferenz 0.75 mm über die Bougie hervorragt; der Ring ist gut

abgeschliffen (um die Schleimhaut bei der Einführung zu schonen) und mit einem in der Längsachse der Bougie verlaufenden Metallstabe an zwei Punkten verbunden. Dieser Metallstab ist mit Kupferdraht umwunden, welcher den Strom führt und am distalen Ende der Bougie mit dem galvanischen Element verbunden werden kann. Im Ganzen bedarf man nur drei bis vier Sitzungen in Intervallen von vier Wochen, um auf 21 Fil. Char. zu kommen. Stärke bis 10 M.-A.

Zwei mitgeteilte Versuche an Hunden zeigen zwar, daß nach 40 Tagen keinerlei Entzündung oder Narbenbildung da war, doch waren noch nicht geheilte gangränöse Stellen an den Orten der Einwirkung der Electricität in der Harnröhre makro- und mikroskopisch aufzufinden, ein Umstand, welcher die Verwendung dieser Methode in der Praxis nicht gerade empfehlenswert erscheinen läßt. Mankiewicz.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Dr. Losdorfer: **Vorläufige Mitteilung über einen neuen eigentümlichen Befund im Blut Syphiliskranker.** (Vortrag in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 27. April 1900. Wiener klinische Wochenschrift 1900, No. 18.)

Seit längerer Zeit arbeitet Vortr. an der Beantwortung der Frage, ob es mikroskopisch wahrnehmbare Veränderungen im Blute Syphilitischer giebt und welcher Art diese sind. Von dem Standpunkt ausgehend, daß solche Veränderungen durchaus nicht an alle Phasen der Syphilis gebunden sein müßten, beschloß Vortragender, die entsprechenden Untersuchungen gleich bei Beginn des Leidens, also unmittelbar nach dem Auftreten des Initialaffectes anzufangen und parallel mit dem Fortschreiten der Krankheit möglichst lange fortzusetzen. Das Ergebnis seiner Untersuchungen ist folgendes: Untersucht man das Blut eines an einer frischen Induration erkrankten Individuums mikroskopisch, so unterscheidet sich dieses vom Blut eines gesunden in keinerlei Weise, und dieser Befund ergiebt sich durch 4—5 Wochen. Wenn aber die Krankheit weiter fortschreitet, wenn die vom Infectionsherde entfernt gelegenen Lymphdrüsen schwellen, das Allgemeinbefinden sich trübt, jedoch oft, bevor noch die geringste Spur eines Exanthems vorhanden, ändert sich dieses Verhalten. In diesem Krankheitsstadium zeigt das Blut auf dem planen Objectträger bei starker Vergrößerung gleich oder, was meistens der Fall ist, nach mehreren Stunden, besonders in den von roten Blutkörperchen freien Serumflächen kleine, länglichrunde, mattglänzende Körperchen von der Größe eines Granulums eines grobgranulirten Leuko-

cyten, jedoch lange nicht so scharf contourirt und nicht so glänzend wie dieses. Anfänglich sieht man diese Körperchen, besonders wo sie in den dichten Maschen der Fibrinnetze liegen, im Zustande der Ruhe. Bald beginnt eines um das andere sich ruckweise zu bewegen, verläßt seinen Standort, taucht im Serum bald auf, bald unter, vereinigt sich mit einem zweiten Körperchen, um sich von diesem wieder zu trennen oder mit ihm vereint zu bleiben. Nach einiger Zeit gewahrt man drei- und viergliedrige Kettchen, deren Glieder beinahe niemals in einer geraden Linie liegen, sondern meist nach Kleeblattform an einander gereiht sind. Die Anzahl der zu einer Gruppe vereinigten Körperchen wird allmählich größer und erreicht nach etwa acht Stunden die Zahl von 6—10, schließlich auch von 12—20 Gliedern, wobei die einzelnen Körperchen teilweise neben, teilweise über einander zu liegen kommen. Nach einiger Zeit kommen die größeren Kettchen zur Ruhe, während kleinere sich minder lebhaft als am ersten Tage, vereinzelte Körperchen dagegen gerade so wie zu Beginn sich bewegen. Im hängenden Tropfen findet man nach 24 Stunden Gruppen auch von 100 und mehr Körperchen. Außer der geschilderten begegnet man häufig einer zweiten Form, bei der sich größere Körperchen zu lappenförmigen Gebilden vereinigt finden. In manchen Fällen kommen die beiden Gruppentypen neben einander, in anderen nur eine von beiden vor. Am dritten, manchmal schon am zweiten Tage scheint die Entwicklung der Gruppen abgeschlossen, dann aber gehen sie im allgemeinen Detritus unter. Die Anzahl der in einzelnen Fällen vorkommenden Gruppen ist äußerst verschieden. Von Einfluß auf ihr Auftreten ist die Temperatur. Eine mäßige Zimmertemperatur scheint ihrer Entwicklung am günstigsten zu sein. Bemerkenswert ist der Einfluß einer mercuriellen Behandlung. Vortr. beobachtete eine auffallende Abnahme etwa bei der 10.—15. Einreibung, ihr Verschwinden nach der 20.—25., in einem Fall nach dreimonatlichem Gebrauch von Sublimat. Das Vorkommen des geschilderten Befundes ist an eine bestimmte Phase oder Form der Syphilis nicht gebunden. Am sichersten trifft man sie unmittelbar vor oder bei dem Auftreten des Exanthems. Auf die Frage nach dem Wesen der im Syphilisblut vorkommenden Gebilde vermag Verf. vorläufig keine bestimmte Antwort zu geben. Alle Färbungsversuche sind erfolglos geblieben.

In der Discussion bemerkt Paltauf, daß die Bewegung der Körnchen Molecularbewegungen zu sein scheinen und daß bei den einzelnen Kranken die Größe der Körnchen eine gewisse Constanz hat. Bemerkenswert ist die Eigenschaft der Körnchenhaufen, sich in der Höhe des Bluttropfens anzusammeln. Auffallend ist die Erscheinung, daß ihr Auftreten im Brutschrank ausbleibt. Im Allgemeinen hat P. den Eindruck, daß die Körnchen und die aus ihnen zusammengesetzten Aggregate Zerfalls- oder Gerinnungsproducte sind, ohne sich über die Specifität des Befundes bestimmt auszusprechen.

Herr Kaposi ermahnt zur Vorsicht hinsichtlich der Deutung des von Vortr. erhobenen Befundes und approbirt, daß sich der Vortr. selbst auf die bloße Mitteilung seines thatsächlichen Befundes beschränkt hat.

Lubowski.

Dr. Chitrowo (Kasan): **Beitrag zur Casuistik des extragenitalen weichen Schankers. Weicher Schanker des Mastdarms.** (Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 93, Heft 4.)

Während weiche Schanker des Mastdarms, namentlich bei Frauen, keine allzu große Seltenheit sind, sind weiche Schanker der höher gelegenen Partien des Mastdarms nur an einzelnen Stellen beobachtet worden. Verf. beschreibt nun einen derartigen Fall, den er in der Klinik für Haut- und venerische Krankheiten Prof. Ge's zu Kasan beobachtet hat. Der Fall betrifft einen 40jährigen Arbeiter, der, als er einmal stark betrunken im Freien eingeschlafen war, von Persianern (der Vorfall spielte sich im Kaukasus ab) überfallen und zum Coitus per anum mißbraucht wurde. Am folgenden Tage verspürte der Patient Schmerzen bei der Defäcation. Bald darauf stellten sich auch Blutungen aus dem Mastdarm ein. Nach zehn Tagen wurden die Schmerzen im Anus so stark, daß der Patient weder sitzen noch gehen konnte. Gleichzeitig begann mit der Defäcation Eiter abzugehen. Im Krankenhause zu Baku wurde weicher Schanker diagnosticirt und entsprechende Behandlung mit Suppositorien und Ausspülungen des Mastdarms eingeleitet. Der Erfolg blieb jedoch aus, ebenso wie bei der nach einem Monat erfolgten Behandlung im Krankenhause zu Astrachan. Nach weiteren zwei Monaten kam der Kranke nach Kasan und wurde hier in die oben bezeichnete Klinik aufgenommen. Spiegeluntersuchung des Mastdarms ergab nun auf der vorderen und hinteren Darmwand in einer Entfernung von 4 cm vom Anus zwei große Geschwüre, welche sich 3 cm weit nach oben ausdehnten, auf die Seitenwände des Mastdarms übergingen und hier teilweise confluirten. Die Form dieser Geschwüre war unregelmäßig, der Grund uneben und mit reichlichen Eitermengen bedeckt. Die Geschwüre sind ziemlich tief, namentlich auf der vorderen Mastdarmwand. Bei Betastung fühlen sich sowohl die Ränder als auch der Grund der Geschwüre weich an und sind sehr schmerzhaft. Behandlung: Tägliche Verabreichung von Abführmitteln. Jodoformsuppositorien, täglich mehrmalige sorgfältige Ausspülung des Mastdarms (nach jeder Defäcation), zunächst mit concentrirter Borsäurelösung und dann mit Carbolsäure (Ac. carbol. 1,0, Spirit. serpyl. 10,0, Aq. plumbi 200,0). Unter dieser Behandlung trat innerhalb 14 Tagen fast vollständige Heilung ein.

Lubowski.

Dr. Singer: **Framboesia syphilitica an der Ohrmuschel.** (Wiener klin. Wochenschrift 1900, No. 14.)

Syphilis des Ohres ist ein sehr seltenes Vorkommnis. So konnte z. B. Knapp unter 9—10000 Ohrenkranken nur viermal Syphilis des Gehörganges nachweisen. Einen Fall von syphilitischer Frambösie der Ohrmuschel beschreibt nun Verf. Derselbe betrifft einen Patienten, der sich vor etwa drei Monaten, von dem Tage seines Eintritts in das Krankenhaus gerechnet, inficirte. Die damals sichtbaren Läsionsformen schlossen sich unmittelbar an den Initialaffect am Penis an. Bei der Aufnahme bot der Patient neben

syphilitischen Processen an verschiedenen Körperteilen auch einen solchen an der linken Ohrmuschel. An derselben war die Concha, die Incisura intertragica, der Eingang in den äußeren Gehörgang in nahezu seinem ganzen Umfange ausgekleidet und erfüllt von einer confluirten, wenig eitrig belegten, graurötlichen, mannigfach durchfurchten, lappigen, frambösieartigen, etwa 6 mm über der Oberfläche erhabenen, nußgroßen, papulösen Wucherung. Bei Berührung war dieselbe wenig schmerzhaft. Der äußere Gehörgang war zum größten Teil verlegt, teils durch die denselben erfüllende Eitermasse, teils durch reichliche, geschwellte, graurötliche, warzige Efflorescenzen, die besonders die tieferen Abschnitte des Gehörganges so ausfüllten, daß sich dem untersuchenden Auge, nach Einführen des kleinsten Trichters, eine dem Granulationsgewebe ähnliche Neubildung präsentirte, welche das Lumen abschloß. Aus dem Gehörgang fand eine reichliche, durch Beimischung von Epidermisschuppen etwas resistentere Eiterabsonderung statt, so daß das Bild einer Otitis externa vorgetäuscht wurde, um so mehr, als der Proceß sehr schmerzhaft verlief. Patient giebt an, daß das linksseitige Ohrenleiden vor etwa zwei Monaten mit einem kleinen „Wimmerl“ am Ohreneingang an der unteren Gehörswand begonnen habe. Angeblich kratzte er dasselbe und riß die Krusten immer wieder weg. Ohrenfluß sei erst vier Wochen später unter heftigen Schmerzen aufgetreten. Das Hörvermögen auf diesem Ohr bedeutend herabgesetzt.

Alle Erscheinungsformen der Syphilis, welche an der Haut überhaupt vorkommen, können sich auch an der Ohrmuschel oder im äußeren Gehörgang finden, und zwar sowohl im frühesten Stadium, wie auch in späteren Zeiträumen der Erkrankung, zugleich mit luetischen Zeichen am übrigen Körper oder als einziges Symptom der Syphilis. Lubowski.

Dr. Jordan (Moskau): **Ueber einen Fall von Narbenkeloid nach Syphilis.** (Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, H. 4.)

Unter dem Namen Keloid versteht man eine eigentümliche Hautgeschwulst in Form einer prominirenden Narbe mit verzweigten Fortsätzen von glänzend weißer Farbe und elastischer Consistenz. Auf Grund mikroskopischer Untersuchungen unterscheidet man jetzt nach Kaposi: 1. wahres Keloid, 2. hypertrophische Narbe und 3. Narbenkeloid. Das wahre Keloid stellt ein derbfaseriges Gewebe dar, welches im Corium dermaßen gelagert ist, daß unterhalb und oberhalb desselben noch normale Coriumschichten erhalten sind, und zwar: die Papillen und die Fortsätze des Rete Malpighii. Dagegen findet man in der hypertrophischen Narbe keine einzige Papille mehr, da die Entstehung der Narbe das Verschwinden der oberen Coriumschicht durch Eiterung etc. voraussetzt. Schließlich zeigt das Narbenkeloid unter dünner Epidermisschicht ein unregelmäßiges, bindegewebiges Narbennetz, welches das Keloid umgiebt, das durch die auf der Oberfläche gelagerten Narbenfasern und Papillen leicht erkennbar ist. Hier handelt es sich folglich um eine Combination von Narbe und Keloid. Bezüglich der Aetiologie des wahren Keloids ist nichts Positives bekannt; man vermutet

hier eine gewisse Prädisposition. Von den Narbenkeloiden ist es dagegen mit Sicherheit bekannt, daß sie aus Narben entstehen, namentlich aus solchen, welche z. B. nach Verbrennung oder syphilitischen Geschwüren zurückgeblieben sind.

Verf. schildert nun einen Fall von Narbenkeloid, welcher in die letztere Gruppe gehört. Er betrifft einen 25jährigen Arbeiter, der im November 1896 Syphilis acquirirt hatte. Nach dreijähriger, teils wenig erfolgreicher, teils überhaupt erfolgloser Behandlung ließ sich der Patient im December 1899 in das 1. städtische Krankenhaus zu Moskau aufnehmen. Bei der äußeren Besichtigung fielen sogleich verschiedene, über den ganzen Körper zerstreute Narben auf. Die mikroskopische Untersuchung zweier der linken Schulter entnommenen Narbenstückchen ergab ein Bild, das dem des Narbenkeloids vollkommen entsprach. Der Patient versicherte nun, daß überall, wo Narben bestehen, früher „Geschwüre“ vorhanden waren, und so nimmt Verf. an, daß sich die Keloide zu der Syphilis hinzugesellt haben und daß sie höchst wahrscheinlich aus syphilitischen Ecthymen entstanden sind.

Lubowski.

James Silberstein (Wien): **Das Quecksilberresorbin — ein Ersatzmittel der grauen Salbe — und dessen Verwendung.** (Aus der Klinik des Hofrats Prof. Neumann in Wien. Wiener med. Wochenschrift 1900, No. 8.)

S. hat an dem Krankenmaterial der Wiener Klinik für Syphilis das Quecksilberresorbin zur Anwendung gebracht, welches bekanntlich schon vor einem halben Jahrzehnt von Ledermann mit sehr günstigem Erfolge in die therapeutische Praxis eingeführt wurde und seitdem vielfache Verwendung an Stelle des Ung. cinereum gefunden hat. Auch die Beobachtungen von S. bestätigen wieder die vorzüglichen Eigenschaften dieses Präparats. Das Resorbin wird, wie wir im Anschluß an die Arbeit von S. nochmals referiren wollen, von der Actiengesellschaft für Anilinfabrikation hergestellt und bildet eine Emulsion von Mandelöl und Wachs mit Wasser unter Zusatz einer geringen Menge von Seifen- und Leimlösung, wobei die Fetttröpfchen so fein verteilt sind, daß sie die Haut leicht imbibiren können. Das Quecksilberresorbin, welches auch in graduirten Glastuben à 30 g dispensirt wird, besitzt eine bleigraue Farbe, die etwas heller ist, als die des officinellen Ung. cinereum; der Geruch ist schwach aromatisch. Die Salbe läßt sich in Folge ihrer Geschmeidigkeit sehr leicht in die Haut einreiben; während sonst eine Einreibung 25—30 Minuten Zeit in Anspruch nimmt, kann man bei Anwendung des Quecksilberresorbins bereits nach acht Minuten constatiren, daß die Salbe unter der Haut geschwunden ist, ohne daß auf der Haut ein Fettrückstand hinterbleibt; dabei zeigt die Haut einen mattgrauen Spiegel und fühlt sich vollkommen trocken an. Diese Herabsetzung der Einreibungsdauer auf $^1/_3$ der sonst notwendigen Zeit bildet einen sehr wesentlichen Vorteil des Quecksilberresorbins; ferner verunreinigt es auch die Wäsche lange nicht so sehr, als die graue Salbe.

S. hat das Präparat in 17 Fällen zur Anwendung gezogen, und zwar bei den verschiedensten Formen der Syphilis. Nachteilige Allgemein- oder Localerscheinungen sind nach dem Gebrauch desselben niemals aufgetreten; insbesondere kamen niemals Ekzeme vor. Gingivitis wurde einmal unter den 17 Fällen beobachtet. Die Behandlungsdauer wurde im Durchschnitt herabgesetzt auf 19 Einreibungen; in einigen Fällen war der Rückgang der Symptome ein auffällig rascher. Recidive kamen während der kurzen Beobachtungszeit von drei Monaten nicht vor.

S. faßt schließlich seine Resultate dahin zusammen: Das Quecksilberresorbin hat in keinem der behandelten Fälle seine Wirkung versagt. Gegenüber der grauen Salbe besitzt es folgende Vorteile: Verkürzung und Erleichterung der Einreibung, besseres Eindringen in die Epidermis, angenehmer Geruch und Herabsetzung der Behandlungsdauer. Es ist daher geeignet, die graue Salbe in der Therapie der Syphilis vollständig zu ersetzen. E. Samter.

Jordan: **Ueber Syphilisbehandlung mit Mercuriol.** (Archiv f. Derm. u. Syph., Bd. 51, Heft III.)

Verf. hat auf der Lanz'schen Klinik in Moskau 16 Fälle mit Mercuriol behandelt, und zwar 12 Männer und 4 Frauen. 14 gehörten dem secundären, 2 dem tertiären Stadium an. Die beiden letzteren bleiben unberücksichtigt. Was die Symptome anlangt, so handelte es sich um ein

maculöses Exanthem	in 4 Fällen
papulöses „	„ 8 „
kleinpapulöses „ (Lichen) . . .	„ 1 „
papulopustulöses Exanthem	„ 1 „
	14 Fälle.

Die Behandlung wurde genau nach Vorschrift Åhman's ausgeführt. An den ersten 5—10 Tagen wurden täglich je 5 g und von da bis zum Schluß jeden zweiten Tag 5 g Mercurial in das Welander'sche Säckchen eingestreut. In 9 Fällen erwies sich das Mercurial als ausreichend. Am frühesten verschwand das maculöse Exanthem (8 Tage), dann das papulöse und papulopustulöse in 14—26 Tagen. In den anderen Fällen mußten noch andere Hilfsmittel herangezogen werden. Das Resumé lautet dahin, daß die Kur als eine schwächere bezeichnet werden muß, als diejenigen sind, welche wir besitzen. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Schuster (Aachen): **Zur Behandlung mittels Quecksilbersäckchen und Mercurlint.** (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 51, Heft III.)

Verf. hält beide Methoden für anwendbar und nützlich, giebt aber dem Mercurlint den Vorzug, weil letzteres stärker mit Hg imprägnirt ist. Die Beiersdorf'sche Fabrik liefert nach dem Vorschlage des Verfassers eine besondere Art von Mercurlintpflaster sog. „Aachener Form". Dieselben enthalten 10, 25 und 50 g Hg. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Dr. Höfler (Bad Tölz): **Ueber Milchdiät.** (Archiv f. Kinderheilk. 1900, Bd. 27, Heft 5 u. 6.)

Auf Grund 25jähriger Erfahrung in dem Badeorte Krankenheil-Tölz behauptet Verf., daß die Erfolge einer Jod- oder Quecksilberkur wesentlich gehoben werden, wenn es gelingt, neben dieser Kur noch eine reichliche Zufuhr von Kuhmilch, d. h. eine sog. relative Milchdiät einzulegen. Verf. nimmt an, daß das Eiweiß des Milchdrüsensecrets mit dem Jod und Quecksilber besonders geeignete, für die Therapie wertvolle labilere Verbindungen eingeht, die gewissen anderen toxischen Stoffen im Organeiweiß gegenüber wirksam sind, und daß damit der Erfolg dieser Specifica ein um so eclatanterer ist.

Von obigem Grundsatze ausgehend, giebt nun Verf. an der Hand seiner eigenen Erfahrungen eine Anleitung zur Durchführung dieser Milchdiät. Der Widerwille mancher Kinder gegen Milchkost läßt sich bei Consequenz überwinden. Vor allem ist aber den Angehörigen beizubringen, daß jeder Mensch Milch verträgt. Wo die Milch nicht vertragen wird, liegt ein vermeidbarer Fehler in dem übrigen Verhalten, namentlich in den neben der Milch noch genossenen Speisen oder Getränken vor. Die Milch wird nämlich dadurch unverdaulich gemacht, daß man die Magenfunction durch unvernünftige Reizmittel schwächt, in Folge dessen muß alles, was den Magen reizt, vermieden werden. Man vermeide absolut neben der Milch den Genuß von Bier, Wein, Obst und essigsauren Salaten. Abends vermeide man Rührei, Kartoffelsalat, fette Mehlspeisen etc. Morgens vermeide man Kaffee, Thee oder Chocolade. Man vermeide das kalte Abendessen. Am besten giebt man Abends warme Milch als Letztes. Ist die Abendkost einfach, reizlos, ohne Biergenuß, dann bekommt die Morgenmilch immer gut. Man trinke die Milch niemals kalt, sondern kuhwarm (?) oder gekocht. Man genieße die Milch für sich, nie als durststillendes Getränk nach fettreichen oder sonst reizenden Mahlzeiten. Man trinke die Milch zu ganz bestimmten Tageszeiten, am besten nüchtern und dann 3—4 Stunden nach dem Mittagessen, bezw. 2 Stunden nach dem Abendessen. Bei Atonie der Magenschleimhaut empfiehlt es sich, die Milch zu salzen. Cognaczusatz vermeide man bei Kindern ganz und gar.

Die bei der Milchdiät sich anfangs einstellende Neigung zur Kotverhärtung, selbst Verstopfung darf nie mit Abführmitteln, sondern mit Kochsalzzusatz zu der Milch, bezw. mit Clystieren behandelt werden. Bei schmerzhafter Kolik mit Diarrhoe, meist in Folge schlechter Milchbeschaffenheit oder Erkältung, muß auf 2—3 Tage die Milchzufuhr abgebrochen werden.

Contraindicationen gegen die Milchdiät hat Verf. bislang unter den jugendlichen Patienten nicht gefunden. Lubowski.

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Pouly: **Rétrécissement de l'urèthre et poche urineuse indolente.** (Soc. des. sciences méd. de Lyon, 22. novembre 1899. Lyon médical 1899, 560.)

Ein 64jähr. Mann hat vor 29 Jahren bei einem Sturz eine Zerreißung der Harnröhre erlitten; die diesem Ereignis folgende Strictur nötigte vor ungefähr neun Jahren zur Urethrotomia interna. Acht Jahre später Sectio alta zur Entfernung von drei Blasensteinen, 30 g ein jeder. Einige Zeit später bricht beim Katheterismus ein Gummikatheter ab; zur Beseitigung des abgebrochenen Stückes wird der äußere Harnröhrenschnitt notwendig. Seit einem Jahr bemerkt der Kranke, daß sich beim Harnen an der Wurzel und unteren Fläche des Penis eine Geschwulst bildet, welche sich vergrößert mit der Entleerung der Blase; am Ende der Miction ist sie so groß wie ein Hühnerei und liegt an der Wurzel des Hodensackes; sie ist indolent und nicht entzündet, deutlich durchscheinend und fluctuirend. Der Patient drückt sie nach der Miction aus und entleert aus ihr klaren Harn. Im Intervall der Mictionen fühlt man an Stelle der Geschwulst eine sehnige Masse mit dicken Wänden, absolut leer. Diese intermittirende transparente Harntasche wird eingeschnitten und entfernt werden, um die Harnröhre wieder herzustellen.

Mankiewicz.

Antonin Poncet: **Resultats éloignés de l'uréthrostomie périnéale.** (Lyon médical 1899, No. 31.)

P. giebt die späteren Ergebnisse seiner im Jahre 1892 empfohlenen Operation: Schaffung eines Meatus praeternaturalis urethrae am Damm bei unheilbar Stricturkranken auf Grund der Beobachtung von 23 Fällen bekannt. Die Operation bewirkt eine dauernde continente Oeffnung am Damm mit Erhaltung der willkürlichen Miction, während das bisherige Hindernis in der Harnröhre, dem nun ausgeschalteten Theile, lag. Die Oeffnung liegt in der Pars bulbosa membranacea der Harnröhre. Die freigelegte Harnröhre wird hinter oder in der Verengerung transversal durchtrennt; das hintere vesicale Ende der Harnröhre wird einige Millimeter weit aufgeschnitten und die Ränder mit der Haut des unteren Wundwinkels methodisch vernäht. Das vordere Ende wird entweder sich selbst überlassen oder mit einigen Catgutnähten geschlossen. Die Methode soll nur bei auf andere Weise nicht heilbaren Patienten angewandt werden; die Operation ist gutartig, alle 23 Fälle sind geheilt ohne Zwischenfall. Sie opfert aber einen Teil der Harnröhre und bringt damit von der Norm abweichende anatomische und physiologische Veränderungen mit sich. Die neue Harnröhrenöffnung liegt

ca. 4 cm vom After entfernt, ihre Ränder bestehen aus hartem, retractilem Narbengewebe, wie ein fester Ring; ihre Form ist eine längliche Spalte mit mehr weniger über die Umgebung vorspringenden Rändern, oder ein Engpass mit abgerundeten, mehr weniger eingezogenen Rändern (trichterförmig). Die Tendenz zur Narbenretraction erfordert wenigstens in der ersten Zeit die öftere Durchführung einer Sonde; nach einiger Zeit verschwindet diese Neigung zur Retraction. Bei den längere Zeit Operirten konnte man Sonden 12—20 Fil. Charr. einführen. Es kommt übrigens nur an der Haut zur Retraction. Der Canal ist 4 cm lang. Die Miction bleibt willkürlich, erfolgt mit mehr weniger Kraft, wie bei der Frau, immer nur in kauernder Stellung; dies genirt die Kranken übrigens weniger, als man denken sollte. Eine Reconstitution des normalen Harnablaufs haben deshalb alle Patienten verweigert. Die Genitalfunction ist natürlich schwer compromittirt, der Samen fließt am Damm aus, eine Befruchtung ist unmöglich: das Wollustgefühl bleibt erhalten. Alle Patienten waren natürlich vorher über die Folgen unterrichtet, keiner verweigerte die Operation. Wenn man übrigens die Harnröhre nicht ganz durchtrennt, sondern sich mit einer weiten Urethrotomie begnügt, so daß die Continuität des Canals gewahrt bleibt, kann ein Teil des Sperma und des Harns die alte Harnröhre passiren. Die Herstellung der Dammöffnung ist der teilweise Bankerott einer Function, doch muß man sich unter solchen Umständen Diday's treffende Bemerkung „Il faut tout d'abord conserver le functionnaire" in's Gedächtnis zurückrufen.

Mankiewicz.

Hofrat Prof. J. Neumann (Wien): **Zur Uebertragung der Tuberculose durch die rituelle Circumcision.** (Wiener medicin. Presse 1900, No. 13.)

Bei der Vornahme der Circumcision auf dem Lande werden oft selbst die allergewöhnlichsten Maßnahmen der Reinlichkeit nicht beachtet. Die Beschneider pflegen ihre Hände vor der Circumcision nicht genügend zu waschen, geschweige denn zu desinficiren; das Messer ist zwar scheinbar rein, aber nicht genügend desinficirt. So heilt die Circumcisionswunde nur in den seltensten Fällen per primam, es entwickeln sich Geschwüre, welche nur schwer heilen; nicht selten treten Nachblutungen auf, auch Diphtherie, Erysipel. Die Tuberculose wird, wie auch die Syphilis, hauptsächlich durch die behufs der Blutstillung geübte Blutaufsaugung übertragen, ohne Wissen des inficirenden Individuums, und zwar nicht allein, wenn dieses mit latenter Tuberculose behaftet ist, sondern auch bei manifester tuberculöser Phthise. N. erwähnt einen actenmäßig festgestellten Fall, wo im Zeitraum eines Vierteljahres durch einen tuberculösen Beschneider zehn Kindern Tuberculose durch die Circumcisionswunde inoculirt wurde, von denen sieben daran zu Grunde gingen. Die Erkrankung ist jedenfalls häufiger, als sie diagnosticirt wird, indem die Eiterungs- und Geschwürsprocesse nach der Circumcision in der Regel den gewöhnlichen Eiterkokken zugeschrieben oder für venerisch gehalten werden, zumal wenn die Leistendrüsen ver-

eitern oder intumescirt bleiben. Die für die Stellung der richtigen Diagnose notwendigen anamnestischen Daten, Zeit und Art der Entstehung, sind meistens nicht genau zu ermitteln.

Die Krankheitserscheinungen der durch Circumcision übertragenen Tuberculose sind Geschwüre am Penis, Schwellung und eventuelle Vereiterung der regionären Lymphdrüsen. Fortschreitend kann sich Infection der Beckenlymphdrüsen und Tuberculose der Bauchorgane entwickeln; auch in den Beckendrüsen kann es zur Eiterung kommen mit Durchbruch in die Bauchhöhle und tötlicher Peritonitis oder Durchbruch nach außen. Knochen- und Gelenktuberculose kann sich entwickeln, und ein sehr häufiges Vorkommnis ist die tuberculöse Basilarmeningis. Sehr oft werden diese Erkrankungen nicht auf ihre wahre Quelle zurückgeführt, besonders wenn inzwischen die Circumcisionsgeschwüre zur Heilung gebracht wurden.

N. bringt zur weiteren Illustration die Krankengeschichten dreier Kinder, welche im Laufe eines Jahres aus derselben Ortschaft in seine Behandlung kamen. Die Fälle waren folgende:

1. Sechs Monate altes Kind aus gesunder Familie. Acht Tage nach der Geburt rituelle Circumcision. Wunde heilte angeblich rasch, bis auf leichte Rötung und Schwellung. Nach sechs Wochen ein Geschwür, welches allen Behandlungsversuchen widerstand; 2—3 Monate danach beiderseitige Schwellung der Leistendrüsen. Das Kind starb einige Wochen später in einem Kinderspital unter den Symptomen einer Gastroenteritis und hochgradiger Abzehrung an Erschöpfung.

2. Mehrere meist bohnengroße Geschwüre mit unterminirter, gebuchteter, schlaffer, bläulichrot gefärbter Umrandung und dünnem, eitrigem Belag auf dem höckerigen Grunde, daneben Narben nach geheilten Geschwüren. In der linken Leiste eine kleinapfelgroße Drüsengeschwulst, rechts mehrere, über haselnußgroße, teigig weiche Drüsen. Die vereiterten Drüsen wurden exstirpirt, die histologische Untersuchung des erkrankten Gewebes ergab in zweifelloser Weise die tuberculöse Natur des Processes. Dies Kind begann zu husten, magerte ab, bekam eitrige Hornhautentzündung mit Verlust des Sehvermögens und starb an Lungentuberculose.

3. Im neunten Monat ödematöse Schwellung am Vorhautrest, an Stelle des Frenulum ein hanfkorngroßes Geschwür mit bläulichrot gefärbter, unterminirter Umrandung und grauweißlich belegtem Grunde. Das Geschwür hat sich trotz ärztlicher Behandlung stetig vergrößert. Leistendrüsen beiderseits geschwollen; histologische Untersuchung ergiebt auch in diesem Fall den characteristischen Befund der tuberculösen Erkrankung.

Durch die weiteren genaueren Erhebungen ließ sich feststellen, daß der betreffende Beschneider seit 25 Jahren in der Gemeinde seine Thätigkeit ausübte, in dieser Zeit 800 Circumcisionen ausführte; die Erkrankungsfälle stammten aus der letzten Zeit. Die Untersuchung des Mannes ergab Lungenspitzendämpfung und im Sputum Tuberkelbacillen. Damit war die tuberculöse Infectionsquelle der Kinder sichergestellt. E. Samter.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Bergeron-Guépin: **La pathogénie et les causes de l'hypertrophie sénile de la prostate.** (Académie de médecine. November 1899. Revue de chirurgie 1900, I, 128.)

Die bei älteren Männern so häufig vorkommende Vergrößerung der Vorsteherdrüse ist eine Folge der Veränderungen der drüsigen Teile. Drei pathologisch-anatomische Phasen lassen sich hierbei unterscheiden: 1. Hypersecretion, Stagnation und Dilatation der Drüsen. 2. Infection der stagnirenden Secrete und beginnende periglanduläre Verhärtung. 3. Absolute Sclerose. Die fortschreitende periglanduläre Sclerose ist das Characteristicum der Altersprostata. Alle Entzündungen der Vorsteherdrüse können zur Hypertrophie führen, wenn die Infection ein geeignetes Terrain (Stagnation der Secrete) und die Allgemeinbedingungen (Altersveränderungen) vorfindet. Die Ursachen der senilen Prostata sind folgende: 1. Locale, nicht entzündliche: Stagnation der Secrete in den erweiterten Drüsen. 2. Locale, entzündliche, z. B. chronische Prostatitis. 3. Allgemeine Altersveränderungen in Folge der Jahre (vor dem 70. Jahre), in Folge von Excessen, Krankheiten, Vergiftungen. Die sog. Drüsentheorie der Prostatahypertrophie findet alle Tage neue Anhänger. Diese Beziehungen zwischen Prostatitiden und Altershypertrophien erfordern zur Prophylaxe dieses Greisenleidens vom Arzte bei der Behandlung dieser Entzündungen die höchste Sorgfalt und das eifrigste Bestreben, dieselben zur Heilung zu bringen.

Mankiewicz.

Wossidlo: **Incisionscystoskop zur Ausführung der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie unter der Controle des Auges.** (Centralblatt für Harn- und Sexualorgane 1900, No. 3.)

Kollmann und Wossidlo: **Neues cystoskopisches Instrumentarium.** (Ibidem.)

Kollmann und Wossidlo: **Cystoskope mit Desinfectionshülse.** (Ibidem.)

Schlagintweit: **Zur Vereinfachung der Cystoskopie.** (Ibidem.)

1. (cf. Monatsberichte 1900. S. 355.)

2. Verff. sind der Ansicht, daß sich das Princip der Nebeneinanderlagerung von optischem Apparat und galvanocaustischem etc. Apparat auch auf das bisherige Operationscystoskop, Irrigations- und Harnleitercystoskop wird übertragen lassen, und haben sie sich bereits mit den betreffenden Vorarbeiten beschäftigt.

3. Verff. haben für die Cystoskope einen Desinfectionsapparat construirt, welcher aus einer einfachen Hülse besteht, die oben und unten mit einem

aufschraubbaren Deckel versehen ist. Die Desinfection geschieht durch Formalin. Das Ocularende liegt außerhalb der Hülse. Sie wünschen vollständiges Aufgeben aller Kästen, in denen sonst die Cystoskope aufbewahrt werden, ganz besonders aber der mit Seide oder Plüsch ausgefütterten.

4. Das Schlagintweit'sche Instrument ähnelt sehr dem Nitze'schen Evacuationskatheter und unterscheidet sich nur durch einzelne Besonderheiten. Verf. ist von dem Vorzug seines Instrumentes so überzeugt, daß er es überall da bereits gebraucht, wo nur überhaupt ein Metallkatheter angewendet werden muß. „Da es geformt und genau so brauchbar ist, wie jeder Metallmercier, führe ich es auch thatsächlich jedem Patienten ein, bei dem es nötig oder erlaubt ist, einen Katheter und zwar einen Metallmercier einzuführen. Ich katheterisire also einfach mit dem Cystoskop, ohne a priori an eine Cystoskopie zu denken, die ich ja ohne Weiteres anschließen kann, wenn ich sie für nötig halte.“ Es wird dadurch dem Arzt viel Arbeit und dem Patienten viel Schmerz erspart. Stockmann (Königsberg).

Kaeppelin: **Testicule cancéreux en ectopie abdominale.** (Soc. des sciences méd. de Lyon, 18. October 1899. Lyon médical 1899, 337.)

Der mit Krebs (Epitheliom) behaftete Hoden wurde einem 40jährigen Schuhmacher entfernt. Die Krankheit bestand seit neun Monaten, begann mit dumpfen Schmerzen in der Lendengegend, denen bald eine Geschwulst in der rechten Darmbeingrube folgte. Das Wachstum erfolgte sehr rasch. Es waren zwar keine Leistendrüsen da, aber Symptome von Cachexie: Abmagerung, Schwellung der Füße um die Knöchel Der rechte Hode war im Scrotum nicht aufzufinden. Die Diagnose: Carcinom des rechten ectopischen Hodens war klar. Der Tumor wurde entfernt, leider waren die lumbären Lymphdrüsen schon alle erkrankt. Die Wunde vernarbte gut, die Cachexie des Kranken schreitet aber weiter fort. Mankiewicz.

VII. Blase.

Prof. Weinlechner: **Fall von mit Sectio alta erfolgreich behandeltem Papillom der Harnblase.** (Vortrag und Demonstration in der k. k. Ges. der Aerzte in Wien vom 16. März 1900. Wiener klin. Wochenschr. 1900, No. 12.)

Der betreffende 34jährige Patient litt seit sechs Jahren an Blasenblutungen, welche in verschieden langen Pausen auftraten und in der letzten Zeit sich derart mehrten, daß Patient sehr anämisch wurde. Die Blase war meist ausgedehnt, mit blutigem Harne gefüllt. Patient litt an häufigem Harndrang, der Urin war innig mit Blut gemengt und zeigte auch die Er-

scheinungen heftigen Blasencatarrhs. Die cystoskopische Untersuchung ergab an der linken Blasenwand ein Papillom. Sectio alta in typischer Weise. Mit dem Finger wurde das mandelkerngroße Papillom gefühlt, vorgezogen und der dünne Stiel nach Unterbindung abgetragen. Die ganze Blasenschleimhaut fühlte sich mosaikähnlich, flachhöckerig an, und da W. diese Erscheinung auf den Catarrh bezog, so hat er die Blasenwunde nur mit der Haut vernäht, die Wunde offen gelassen, mit Tanninjodoformgaze austamponirt und öfter Alaunpulver in die Blasenwunde gestreut. Der Urin wurde durch den Verweilkatheter abgeleitet. Nach 19 Tagen war die Wunde geschlossen und der Kranke wurde bald darauf geheilt entlassen. Der Urin war völlig klar und der Kranke wurde angewiesen, sich täglich zweimal den Katheter einzuführen. Weil der Urin wieder teilweise durch die fistulös gewordene Narbe abging, wurde der Kranke nach circa sechs Wochen abermals aufgenommen und nach Application eines Verweilkatheters nach einem Monat wieder geheilt entlassen.

Solche mit heftigen Blasenblutungen einhergehende Papillome sind im Ganzen selten.

Bezüglich der Blasennaht nach der Sectio alta bemerkt W., daß hierbei die Beschaffenheit des Harns eine große Rolle spielt. Bei vollkommen normalem Harn und gesunder Blase kann man eine Primärheilung erwarten. Bei catarrhalischer Blase mäßigen Grades mag die Blase vollständig genäht und die Bauchwunde am unteren Ende drainirt werden, um dem Harne, im Falle die Naht insufficient würde, freien Abfluß zu verschaffen. Hat man es mit heftig afficirter, catarrhalischer Blase zu thun und wären mehrere Papillome zu entfernen, so mag, wie in dem obigen Falle, die Blase mit der Haut vernäht werden, die Bauchwunde offen gelassen werden, selbst auf die Gefahr hin, daß, wie in diesem Falle, eine zeitweise Narbenharnfistel entstehe.

Lubowski.

Dr. E. Golischewsky (Kasan): **Zur Frage der Naht der Harnblase.** (Archiv für klinische Chirurgie 1899, Bd. 60, H. 3.)

Die Naht der Harnblase bei der Sectio alta ist von Sklifassowsky bereits in den 70er Jahren v. Jahrhunderts als das beste und den chirurgischen Anforderungen am meisten entsprechende Verfahren empfohlen worden. Trotzdem die Naht unterdessen bis zu einer bedeutenden Vervollkommnung gediehen ist, werden noch immer ab und zu Stimmen vernehmbar, welche den Wert der Harnblasennaht in Abrede stellen. Letzterer Umstand veranlaßt den Verf., über 41 Fälle von Sectio alta, welche er in der Klinik Rasumowski's mit beobachtet hat, zu berichten, die den Wert des in Frage stehenden Verfahrens in deutlichster Weise documentiren. Von diesen 41 Fällen von Sectio alta wurden 6 offen unter Vernähung der Blasenwunde mit der Bauchwunde, 35 mit vollständig schließender Blasennaht behandelt. In sämtlichen Fällen wurde auch die Cystopexie ausgeführt. Die Nachbehandlung wurde ohne Verweilkatheter durchgeführt mit Ausnahme einiger weniger Fälle, in welchen ein solcher indicirt erschien. Die offene Wund-

behandlung geschah nach zwei Modificationen. Die erste, zugleich die ältere Modification bestand in gewöhnlicher Vernähung der Blasenwunde mit der Bauchwunde mittels seidener Knopfnähte, wobei die Schleimhaut nicht verletzt wurde. Die neuere Modification, welche ebenso wie die ältere in drei Fällen zur Anwendung kam, bestand darin, daß an dem oberen Winkel der Blasenwunde provisorisch die Cystopexie gemacht wurde. Ein mittelstarker Silberdraht, an beiden Enden mit Nadeln bewaffnet, wird unter Schonung der Mucosa in die Blasenwand eingestochen. Die Enden dieses Drahtes werden von innen nach außen in dem entsprechenden Niveau durch die Dicke der Bauchwand hindurchgeführt, das eine Ende an der linken, das andere an der rechten Seite, und darauf werden die Schlingenenden um einander gedreht. Sodann wird ein zweiter, ebenso mit Nadeln versehener Silberdraht neben der Blasenwunde etwas abseits von dem Wundrande eingestochen und die Enden dann neben einander in entsprechender Höhe durch die Bauchwand hindurch nach außen hervorgezogen und über einen Jodoformgazestreifen um einander gedreht. Bei nicht sehr großen Schnitten der Harnblase genügt schon je eine solche Matratzennaht von der einen und der anderen Seite, bei größerer Schnittlänge bedarf es je zwei solcher Nähte rechts und links. In die Blase kommt ein Glasdrain. Zum Herausnehmen der Nähte genügt es, die Windungen der Drahtenden zu lockern, das eine Ende hart an der Hautoberfläche zu durchschneiden und die Schlinge an dem anderen Ende herauszuziehen.

Die vollständig schließende Blasennaht wurde gleichfalls in zwei Modificationen angewandt. Bei der älteren Modification, wie sie 1893 von Rasumowski beschrieben wurde, dienten Seidenfäden zur Vernähung. Die Blasenwunde wurde mittels mehrerer Knopfnähte geschlossen, darüber kam dann noch eine Nahtreihe nach dem Typus der Lembert'schen Darmnähte. Hieran schloß sich in sämtlichen Fällen die Cystopexie an. Die Blase wurde mit Seidennähten an die Bauchwand fixirt. Hautdecken und Muskeln wurden derart vereinigt, daß nur an den unteren Wundwinkeln eine kleine Oeffnung übrig blieb, durch welche ein bis in den prävesicalen Raum reichender Jodoformgazestreifen eingelegt wurde. Nach dieser Modification sind 17 Fälle operirt worden. Die von Rasumowski im vorigen Jahre vorgeschlagene neue Methode besteht in der Vernähung der Blase mit Hilfe einer besonderen, doppelten, schlingenförmigen Matratzennaht; hierbei werden die Nähte derart angelegt, daß sie später sämtlich wieder entfernt werden können, ohne daß auch nur ein einziger Faden in der Blase zurückbliebe.

Im Ganzen wurden nach diesem Verfahren 18 Kranke operirt. Dasselbe ergiebt eine breitere, ausgedehntere Aneinanderfügung der Wundflächen, als dies bei den übrigen Methoden der Fall zu sein pflegt. Nach Ablauf von 3—4 Stunden nach der Operation tritt gewöhnlich spontane Urinentleerung ein, ohne daß die Kranken hierbei besondere Schmerzen verspürten. Wenn der Kranke aber selbst nach Verlauf von 5—6 Stunden noch nicht urinirt hat, ist es besser, den Harn mittels eines Katheters zu

entleeren; nur in seltenen Ausnahmefällen, wenn der Harn in den Verband durchsickert, erscheint es geraten, für ein paar Tage einen Verweilkatheter zu benutzen. Nach 5—6 Tagen kann der Tampon aus dem prävesicalen Raum herausgenommen und durch einen Glasdrain ersetzt werden; letzterer wird nur für einige Tage liegen gelassen. Die Entfernung der Nähte findet gewöhnlich am 9.—10. Tage statt und ist ganz leicht auszuführen. Man hat nur die Drahtenden über dem Gazestreifen durch Umdrehen zu lösen, letzteren herauszunehmen, darauf das eine Schlingenende so tief wie möglich an der Hautoberfläche abzuschneiden und dann die Schlinge am anderen Ende herauszuziehen; ebenso verfährt man auch mit der gegenüberliegenden Schlinge.

Der Erfolg der Naht, sowie der weitere Verlauf nach der Operation hängt von einer genauen und richtigen Indicationsstellung ab. Leider ist die Frage der Indicationen und Contraindicationen trotz mehrfacher Erörterung immer noch nicht endgiltig gelöst. Auf der Klinik Rasumowski's sind folgende Indicationen und Contraindicationen zur Anwendung der vollständig schließenden Blasenwunde ausgearbeitet worden:

1. Die Blasenwunde darf nicht vernäht werden in denjenigen Fällen, wo eine starke und insbesondere eine chronische Cystitis mit eitrigem Harn vorliegt. Gewöhnlich bestehen unter so bewandten Umständen beträchtliche anatomische Veränderungen, die Folgen des Krankheitsprocesses, welche sich auf die ganze Dicke der Blasenwand erstrecken und die Affectionen der Schleimhaut zum Ausgangspunkt haben. Diese letztere erscheint gelockert und sogar exulcerirt. Vom chirurgischen Standpunkt aus erscheint hier eine Drainirung der Blase direct indicirt, und dies läßt sich auf dem Wege der offenen Wundbehandlung vollständig erzielen. Dagegen sind die leichteren und sogar mäßig entwickelten Formen der Cystitis keine Contraindication für die fest schließende Blasennaht; nur ist in solchen Fällen die Nachbehandlung mit einem Katheter à demeure anzuraten. 2. Eine bedeutende Hypertrophie (Verdickung) der Blasenwand erscheint als eine weitere Contraindication für die vollständig schließende Blasennaht. a) Erstens blutet die hypertrophirte Harnblase an der Schnittfläche oft sehr stark und behufs der Blutstillung ist man mitunter genötigt, Ligaturen anzulegen. Diese letzteren können aber in die Blase geraten und dort die Bildung neuer Steine verursachen. Ferner verhindern die Ligaturen schon an und für sich, falls sie zwischen den Wundrändern liegen bleiben, ein dichtes Aneinanderfügen der Schnittflächen. b) Zweitens wird eine starke Hypertrophie der Blase in der Mehrzahl der Fälle auch von einer starken Cystitis begleitet. c) Schließlich muß noch — als ein hauptsächlich wichtiger Umstand — die geringe Fähigkeit der hypertrophisch veränderten Blasenwand für plastische Zwecke überhaupt berücksichtigt werden. Geringe Grade der Hypertrophie dagegen geben keine Contraindication zur Anlegung der vollständig schließenden Blasennaht. 3. Als dritte Contraindication muß die Hämophilie (Neigung zu Blutungen) der Harnblase genannt werden, welche sowohl vor der Operation als auch während derselben scharf auftritt. Besonders gilt dies für die stark blutenden

Harnblasen der alten Leute mit hypertrophischer Prostata. In solchen Fällen bemerkt man mitunter schon bei dem Operiren eine auffallende Erweiterung der Venen an der Vorderfläche der Harnblase. 4. kann ein sehr tief unten liegender Schnitt — gleichviel, ob er etwa zufällig aus Notwendigkeitsgründen so geführt worden sei — die Anlegung einer Blasennaht contraindiciren, weil hierbei die Vernähung der Blasenwunde wie auch die Cystopexie große Schwierigkeiten bieten. 5. Schließlich ist noch als die letzte und zugleich wichtigste Contraindication der Blasennaht eine Affection der Nieren zu nennen. Der bloße Verdacht auf eine krankhafte Veränderung der genannten Organe gebietet schon Vorsicht in der Anwendung der Naht. In solchen Fällen kann schon die starke Vermehrung der 24stündigen Harnmenge als wichtiger Hinweis darauf dienen, daß die Nieren nicht in Ordnung sind. Deutlich ausgesprochene Affection der Nieren (Pyelonephritis) erfordert unbedingt die offene Behandlungsmethode. 6. Ein sehr großer Schnitt durch die Blase darf nicht als eine Contraindication der fest schließenden Blasennaht betrachtet werden, sobald die letztere mit der Cystopexie combinirt wird.

Als Indicationen für den Gebrauch des Verweilkatheters bei Anwendung der Harnblasennaht gelten auf derselben Klinik folgende Momente:

1. Eine bedeutende Prostatahypertrophie bei alten Leuten. 2. Paretische Zustände der Blase mit ungenügender Contractilität derselben. Die Blasenwand pflegt hierbei dünn und schlaff zu sein. Füllt man eine solche Blase mit einer Flüssigkeit, so fließt letztere wie in ein großes leeres Faß. Ein solcher Zustand der Blase wird zum Teil auch aus der physiologischen Reaction auf deren Contractilität erschlossen. Füllt man nämlich die vernähte Blase mit Wasser, so wird dieses bei genügender Functionsfähigkeit des Organs mit einer gewissen Kraft herausgestoßen, während im entgegengesetzten Falle ein von außen auf die Blase ausgeübter Druck dazu nötig ist. 3. Verletzungen des Bauchfells und der Urethra sind gleichfalls Indicationen für den Verweilkatheter. Mitunter ist man genötigt, nachträglich den Verweilkatheter anzuwenden, und zwar auf Grund folgender Indicationen: 1. Bei Harnverhaltung, wenn der Kranke binnen sechs Stunden nach der Operation nicht urinirt hat; hier ist es besser, anstatt wiederholten Katheterismus den Verweilkatheter zu benutzen. 2. Bei unbedeutendem Durchsickern des Harns in den Verband, wenn hierbei keine scharf ausgesprochene locale Veränderungen zugegen sind, die auf eine Harninfiltration hinweisen. 3. Endlich, wenn sich in späterer Zeit eine Fistel gebildet hat, bedient man sich des Katheter à demeure, um die Heilung zu beschleunigen. Im Allgemeinen aber muß notirt werden, daß man nur im äußersten Notfalle zum Verweilkatheter greifen soll. Viele Kranke ertragen denselben schlecht und bei Kindern ist es noch schwieriger, ihn liegen zu lassen. Endlich kann der Verweilkatheter an und für sich zu Infection etc. Anlaß geben. Auch bei unseren Beobachtungen wird mittels des Verweilkatheters — abgesehen von der Cystitis, die er hervorruft — mitunter eine nur unvollständige, ungenügende Entleerung der Harnblase erreicht. Am Boden der Blase bleibt ein schleimiger Niederschlag zurück. Bei spontaner Harnentleerung wird

sich die Blase stets vollkommener entleeren, als mit dem nach den Gesetzen des Siphons wirkenden Verweilkatheter.

Bisweilen kommt es vor, daß eine Trennung der angelegten Blasenwand erforderlich wird. Als Indicationen hierzu müssen gelten:

1. Harninfiltration bei mißlungener Blasennaht. Sie kennzeichnet sich durch eine Anschwellung im unteren Bauchteil, durch Schmerzhaftigkeit, veränderten Allgemeinzustand des Kranken, Meteorismus, beschleunigten Puls u. s. w. 2. Infection der Wunde, durch locale und allgemeine Erscheinungen sich manifestirend. 3. Secundäre Blutungen aus der Harnblase. Manchmal genügt in derartigen Fällen die Einführung eines Verweilkatheters, die Ausspülung der Blase und dergl. Allein bei heftigen Hämorrhagien gerinnt das Blut in dem Katheter und verstopft denselben. Hier vermag nur eine Trennung der Blasennaht mit den entsprechenden Maßregeln diese ziemlich gefahrvolle Complication zu beseitigen. Die Cystopexie erscheint auch in der Beziehung als wertvolles Hilfsmittel, weil sie die Trennung der Blasennaht erleichtert; denn die Blasenwunde liegt unter solchen Umständen dicht hinter der Bauchdeckenwunde und nicht in der Tiefe, hinter der Symphyse.

Was nun die Resultate der vollständigen schließenden Blasennaht betrifft, so ergab sie in den 43 Fällen, über welche Verf. im Ganzen zu berichten vermag, 40mal prima intentio. In zwei Fällen mißlang die Harnblasennaht, während sie in einem Falle wegen Blutung wieder entfernt werden mußte.

Lohnstein.

Dr. Assendelft (Wetoschkino): **Bericht über 630 stationär behandelte Steinkranke.** (Archiv für klinische Chirurgie 1899, Bd. 60, H. 3.)

Verf. berichtet über seine 20jährigen Beobachtungen, welche er im Privathospital Paschkoff's gemacht hatte, und welche im Ganzen 630 stationär behandelte Steinkranke umfassen. Von diesen wurden 600 operirt, während 30 nichtoperirt blieben. 14 Kranke gehörten dem weiblichen Geschlecht an. 5 von diesen standen im Alter von $2^1/_2$—5 Jahren, 4 Fälle im Alter von 6—7 Jahren, 15—20 Jahre waren zwei, 25—30 Jahre drei Frauen alt. 86,5 pCt. der Gesamtzahl standen im Alter bis zu 20 Jahren, und nur 13,5 pCt. betreffen die weiteren Lebensdecennien bis zum 65. Jahre. Von den 30 unoperirt gebliebenen Steinkranken wurden 7 in hoffnungslosem Zustande eingeliefert. 3 erlagen unter urämischen Krampfanfällen. Ein Knabe mit chronischen urämischen Erscheinungen verschied plötzlich, als ihm behufs Untersuchung ca. 30 g Borwasser in die Blase injicirt wurden. Die Section ergab hier Pyelonephritis beiderseits und Dilatation des linken Herzventrikels. Außerdem erlagen weitere 2 Kranke an Pyelonephritis, 4 bezw. 14 Tage nach der Aufnahme. 2 Patienten wurden wegen anderweitiger Erkrankungen, 6 auf Wunsch entlassen. Weitere 15 Patienten wurden entlassen, weil Verf. trotz wiederholter Sondenuntersuchung einen Stein mit Sicherheit nicht hat nachweisen können.

Von den 600 Operirten wurden 13 einer Doppeloperation unterworfen. Im Uebrigen verteilen sich die Operationen folgendermaßen. Es wurden ausgeführt: 35 mal der Seitenschnitt mit 3 Toten, Mortalität 8,5 pCt.; 38 mal der Medianschnitt mit 2 Toten, Mortalität 5,2 pCt.; 1 mal nach Vacca Berlinghieri, es blieb eine Fistel zurück; 460 mal der hohe Steinschnitt; 28 mal die Urethrotomia externa wegen Einklemmung des Steines in der Harnröhre mit 3 Todesfällen, Mortalität 10 pCt. Die Kranken wurden zu spät eingebracht, nachdem Tage lang Harnverhaltung bestanden. Ein Mann mit gleichzeitigem Blasenstein acquirirte zum Schluß einen Carbunkel, was zum letalen Ausgang beitrug. 11 mal schloß sich an die Phimosenoperation eine blutige Erweiterung der Urethralöffnung zur Entfernung des Steines an. 16 mal genügte die blutige Dilatation der Harnröhrenöffnung allein zur Entfernung des Steines. 2 mal wurde die Lithotripsia urethralis ausgeführt. 12 mal hat Verf. die Litholapaxie gemacht, 4 mal die Lithotripsie mit nachfolgender Erweiterung der weiblichen Harnröhre nach Simon behufs Entfernung der Trümmer. 2 mal wurde die Erweiterung der weiblichen Harnröhre allein vorgenommen. Bei einem Kinde wurde indessen der Stein nicht gefunden. 1 mal erzielte Verf. bei großem Stein einer Erwachsenen durch die Colpocystotomie und die Naht primäre Heilung, 1 mal Steinbildung nach Episioeleisis; doch blieb eine Fistel zurück. 1 mal Nephrolithotomie. Der Jüngling war vor neun Jahren von Verf. durch die Sectio alta wegen Cystolithiasis operirt worden. Gegenwärtig Harnfisteln in der rechten Lumbalgegend. Letaler Ausgang am sechsten Tage nach der Operation durch Verbluten aus einem arrodirten Darmgefäß in's Lumen des Colon ascendens. 1 mal mußte wegen hochgradiger laryngostenotischer Erscheinungen — Oedema glottidis — an einem urämischen Steinkranken sofort die Cricotracheotomie gemacht werden. Anfänglich besserte sich sein Zustand, doch ging Patient nach drei Tagen an Urämie zu Grunde. Lubowski.

VIII. Ureter, Niere etc.

Dr. Hindes: **Urämie. Bedeutung des Aderlasses bei derselben.** (Djetskaja Medicina. Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, Heft 4.)

Die meisten Autoren empfehlen allgemeine Blutentziehungen bei Urämie nur bei kräftigen, erwachsenen Individuen mit vollem, hartem Puls, während sie bei Kindern nur locale Blutentziehungen durch Schröpfköpfe oder Blutegel anraten. Bezüglich der Indication sind die meisten Autoren der Ansicht, daß Blutentziehung nur in schweren Fällen von Urämie ausgeführt werden darf, und nur wenige empfehlen diese therapeutische Maßregel auch bei mittelschweren Fällen. Das Wesen der Urämie besteht in Vergiftung des

Organismus mit Toxinen, welche sich im Blut in Folge Insufficienz der Nierenthätigkeit ansammeln. Durch die Blutentziehung wird ein Teil dieser toxischen Substanzen entfernt, ohne daß es zu so großen Flüssigkeitsverlusten kommt, wie bei den übrigen hier in Betracht kommenden Behandlungsmethoden mit harn- bezw. mit schweißtreibenden Mitteln; zweitens wird durch die Blutentziehung der Blutdruck herabgesetzt, der in solchen Fällen gewöhnlich gesteigert ist und bisweilen zur Apoplexie führt. Schließlich wird dadurch die Resorption der Oedeme erleichtert und vielleicht auch der Uebergang der acuten Nephritis in chronische dadurch verhütet.

Zur Illustration der günstigen Einwirkung der allgemeinen Blutentziehung auf Urämie führt Verfasser folgenden Fall aus der Klinik Prof. Tschernow's zu Kiew an. Der betreffende Patient, ein 7jähriger Knabe, kam in die Klinik mit Erscheinungen von allgemeinem Oedem, welches sich vor 3—4 Tagen ohne jegliche vorangehende Erkrankung entwickelt hatte, und mit rechtsseitiger croupöser Pneumonie. Temperatur 34,4°, subjectives Befinden befriedigend, Harn sauer, von 1019 specifischem Gewicht, $^1/_2$‰ Eiweiß; im Harnniederschlag Blut, hyaline und körnige Cylinder. Am folgenden Tage Temperatur 39,1°. Kopfschmerzen, Uebelkeit, Anurie. Um Mittag desselben Tages stellten sich urämische Erscheinungen ein. Behandlung: 2 kalte hohe Einläufe, 2 heiße Wannenbäder, 6 blutige Schröpfköpfe, innerlich Wiener Trank. Nachts fast ununterbrochen Krämpfe, Bewußtlosigkeit. Zunahme der Oedeme. Flüssige reichliche Stühle. Am folgenden Tage wurden nun aus der Vena mediana des rechten Arms über 70 ccm Blut entnommen, wonach die Anfälle wegblieben. Nachts zum ersten Mal Urinentleerung. Wiederkehr des Bewußtseins. Der Kranke spricht zwar, ist aber immer noch somnolent. Urinmenge 475 ccm, spec. Gewicht 1023, Eiweiß $^1/_2$‰. Im Harnniederschlag viel Harnsäure, hyaline und körnige Cylinder, Epithel; Blut weniger. Behandlung: Warme Wannenbäder, Diuretica und Coffein. Innerhalb der folgenden acht Tage verschwanden die Oedeme, sowie das Eiweiß und der Blutgehalt des Harns; tägliche Harnquantität 350—450 ccm, spec. Gewicht des Harns 1013. Der Kranke fühlt sich vollkommen wohl.

Lubowski.

Czempin: **Eclampsie mit völliger Anurie.** (Verhandl. d. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin, 24. November 1899. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1900, XLII, 2, 351.)

Cz. berichtet von zwei Schwangeren mit schweren eclamptischen Anfällen und tiefem Coma, wobei völlige Anurie bestand. In beiden Fällen gingen die Frauen trotz schneller Uterusentleerung — einmal Kaiserschnitt, das andere Mal bei Gravidität im sechsten Monat rasche Frühgeburt — zu Grunde; bei einem derartigen Ausfall der Nierenthätigkeit nützt eben auch die Entleerung des Uterus nichts mehr.

(Aber vielleicht die Nephrotomie durch Verringerung des Druckes in den Nieren, wie bei Anurie in Folge von Ureterenconcrementen? Der Ref.)

Mankiewicz.

Olshausen: **Kaiserschnitt wegen Eclampsie.** (Verhandl. der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin am 24. November 1899. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900, XLII, 2, 348.)

O. stellt eine 22jährige Primipara vor, bei welcher er im schweren eclamptischen Coma (in 6 Stunden 14 Anfälle) drei Wochen vor Beendigung der Gravidität den Kaiserschnitt mit Erfolg ausführte, weil Morphium wirkungslos blieb und die Geburt nicht in Gang kam. Das im Morphiumschlaf entwickelte Kind ist nach einigen Tagen gestorben. Sofort nach der Entbindung hörten die Krämpfe auf. Die Kranke ist genesen. Die Blutung ist keine sehr erhebliche gewesen. O. hat bei 250 Eclampsien nur 3mal die Sectio caesarea gemacht, weil die Krämpfe in der Schwangerschaft auftraten und die Geburt nicht in Gang kam. In einem Fall ging die Mutter zu Grunde. Mankiewicz.

J. Israel: **Ueber Operationen bei Nieren- und Uretersteinen.** (Vortrag auf dem 29. Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.)

Der gegenwärtige Vortrag Israel's, dem an der Förderung der Nierenchirurgie ein bedeutender Anteil zukommt, reiht sich würdig an denjenigen Vortrag an, den er vor nunmehr beinahe drei Jahren auf dem XII. internationalen medicinischen Congreß zu Moskau gehalten hatte. Während er damals über seine sämtlichen eigenen Erfahrungen an Nieren und Ureter berichtet hatte, wählte er jetzt zum Thema seines Vortrages ein beschränkteres Gebiet der Nieren- und Ureterchirurgie, und zwar die Operationen bei Nieren- und Uretersteinen, um so ausführlicher den Gegenstand seiner Erörterung zu erschöpfen. Er schildert ausführlich die Entwicklungsgeschichte der Nierensteinoperation, die verschiedenen älteren und neueren Methoden etc. Besonders eingehend behandelt er die Indicationen. Bezüglich der Indication zur Operation bei primärem Stein hat man nach I. folgende drei Fragen zu beantworten:

1. Wann liegt die zwingende Notwendigkeit zum operativen Einschreiten bei der Steinniere vor?
2. Wann soll man auch ohne unmittelbare Gefahr operiren?
3. Wann soll man von der Operation Abstand nehmen?

ad 1. Es liegt eine zwingende Notwendigkeit zur Operation vor 1. bei kalkulöser Anurie durch Verstopfung eines oder beider Ureteren. Diese Anurie wird allerdings oft lange vertragen, aber meistens nicht, sondern es erfolgt der Exitus durch Urämie. Hier giebt die Operation 66,6 pCt. Heilungen, die bei der abwartenden Methode nur in 28,8 pCt. eintreten. Die Aussicht auf eine Spontanheilung ist aber nach Aufhören der Nierenkolik sehr gering, weil sich alsbald degenerative Processe der Nierenepithelien einstellen: es empfiehlt sich daher sofortiges Eingreifen. Eine zweite Indication zur Operation giebt das Auftreten einer acuten Pyelonephritis mit

hohem Fieber, heftigen Schmerzen, Erbrechen. Hier kommt es zur Bildung miliarer Abscesse, nicht selten tritt Sepsis ein. In diesen Fällen soll man schnell einschreiten. Ausgiebige Spaltung mit Extraction des Steins und nachfolgender Tamponade. 3. Indication: Sorge für die Erhaltung der Nieren bei Erscheinungen von Retention des Harns und der Niere, besonders wenn der Inhalt eitrig oder putride ist, da bei Abwarten eine Zerstörung des Nierenparenchyms zu befürchten steht. 4. und seltenste Indication sind erschöpfende Nierenblutungen. Hier ist es fraglich, ob nicht maligne Processe zu Grunde liegen. Ist man sich darüber nicht klar, so muß man durch die Autopsie feststellen, ob das der Fall ist oder nicht.

ad 2. Hier sind die Gefahren zu berücksichtigen, die aus der Unterlassung der Operation sich ergeben können, wie Anurie, Nierenschrumpfung u. s. w., die aber nicht mit Notwendigkeit eintreten müssen. Diesen Unterlassungsgefahren gegenüber stehen die Gefahren, die die Nephrolithotomie mit sich bringt, die aber um Vieles geringer sind als jene. Die Indication zur Operation für solche Fälle, wo keine unmittelbare Gefahr vorliegt, besteht a) bei eitriger Trübung des Urins, da eine selbst geringe Infection leicht zur Pyonephrose führen kann; b) bei häufigen Kolikanfällen, ohne daß Steine abgehen. Die Angst vor dem Auftreten der Koliken, die durch die Attaken herbeigeführten Ernährungsstörungen lassen den Patienten leichter in die Operation einwilligen; c) wo keine eigentlichen Attaken vorliegen, sondern chronische Beschwerden, ohne völlig freie Intervalle. Hier drängt die Chronicität zum Handeln, weil dem Kranken jeder Lebensgenuß gestört ist, Hypochondrie und Neurasthenie sich einstellen. Oft sind die Beschwerden sehr larvirt, so daß man allen Scharfblick zu ihrer Beurteilung nötig hat: sie gelten häufig für nervöse Dyspepsie, Hodenneuralgie und ähnliche Leiden; d) bei fühlbarem Ureterstein, weil dadurch die Gefahr der Harnretention und Infection der Niere vorliegt.

ad 3. Abstand soll man von der Operation in denjenigen Fällen nehmen, wo bei häufigen Koliken jedesmal Abgang von Steinen erfolgt und der Kranke sich in den Intervallen zwischen den Attaken wohl befindet. Hier ist die Operation nutzlos, weil kein retinirtes Concrement vorhanden ist. Man suche in solchen Fällen die Disposition durch Veränderung der Lebensweise u. s. w. zu heben.

Was die Häufigkeit der Recidive anlangt, so fehlen darüber noch statistische Erhebungen. Nach Israel's eigener Erfahrung sind Recidive bei oxalsauren Steinen selten. Durch die Möglichkeit der Recidive soll man sich aber von der Operation nicht abschrecken lassen, denn nach Entfernung der Steine kann man ja auf medicamentösem Wege ihre Neubildung verhüten.

Was die Operationsmethoden betrifft, so unterscheidet Verf. a) die Pyelolithotomie, d. h. den Beckenschnitt, und b) die Nephrolithotomie, d. h. den Sectionsschnitt. Die letztere ist geeigneter zur sicheren Entfernung des Steins, die durch die erstere nicht so sicher ist. So ist die Entfernung eines Korallensteins durch den Beckenschnitt unmöglich. Dagegen ist die Behauptung, daß durch ihn eine Fistelbildung begünstigt würde, unrichtig;

bei sorgfältiger Naht wird man immer eine prima intentio erhalten. Die Nephrolithotomie vermeidet alle Nachteile, weil sie in ihrer Ausführung nicht so subtil ist, alle Steine sicher entfernt und nur wenig Nierenparenchym zu Grunde geht. Die Acupunctur, um sich über die Anwesenheit des Steins Gewißheit zu verschaffen, verwirft Vortr., da sie erstlich keine Sicherheit giebt und zweitens eine unnötige Verletzung macht. Ausführung der Operation: 1. Die Niere ist durch Auslösung aus der Fettkapsel zu mobilisiren; 2. vollständige Isolirung des Ureters von dem Gefäßstiel. Um letztere wird zur Herbeiführung der Blutleere ein Gummischlauch gelegt. 3. Die Niere wird jetzt in die linke Hand genommen und in der Richtung des Convexrandes incidirt, und zwar wegen des besonderen Gefäßsystems nicht im Sectionsschnitt, sondern ca. $^1/_2$ cm dorsalwärts von diesem. Jetzt Dilatation des Schnittes und Austasten der Kelche. Wird der Stein auf $1^1/_2$ cm nicht getastet, so wartet man, bis das Blut sich entleert hat und dilatirt bis zu seiner Kelchspalte. Dann wird der Ureter auf seine Durchgängigkeit bis zur Blase untersucht. Nun sorgfältige Anlegung der Naht. Sie ist das Normalverfahren bei gesundem Nierenparenchym, dagegen ein Fehler bei Zersetzung des Urins und schlechtem Parenchym. Hier ist die freie Drainage das beste Mittel zur Rückbildung des Krankheitsprocesses. Bei etwaiger Retention ist die Nephrolithotomie der Pyelolithotomie noch mehr überlegen, weil nur durch sie eine gute Drainage zu erreichen ist. In einzelnen Fällen war Vortr. genötigt, die Niere völlig in zwei Hälften zu spalten. Dieser Nephrolithotomie gegenüber tritt die Exstirpation der Niere vollkommen in den Hintergrund. Sie ist bei der primären Steinniere nur selten nötig, vornehmlich bei unerwarteten Ereignissen bei der Operation. Aber als secundäre Operation wird sie zuweilen zur Notwendigkeit, besonders bei starken, unstillbaren Blutungen, wie sie die Folge von Hämophilie sind. Sonst gehören aber solche Blutungen bei der Operation zu den größten Seltenheiten, weil durch die Spannung der Capsula fibrosa die Blutung gestillt wird. Diese Kapsel ist daher nicht abzulösen, jedenfalls aber wieder zu vernähen.

Behandlung der Uretersteine. Die cystoskopische Sondirung giebt diagnostisch keine Sicherheit, weil man durch sie nicht darüber aufgeklärt wird, ob das gefundene Hindernis in einem Stein besteht. Die Normaloperation ist auch hier die Freilegung der Niere und des anstoßenden Ureterstückes. Findet sich der Stein nicht im oberen Teil des Ureters, so verfolgt man diesen weiter nach unten und versucht, den aufgefundenen Stein nach oben in das Nierenbecken hinaufzuschieben. Gelingt das nicht, so spaltet man den Ureter behufs Extraction des Steins. Hierauf wird der Ureter genäht oder, wenn der Stein sehr weit unten saß, ein Katheter eingeführt. Ist man im Stande, den Stein von der Vagina aus zu fühlen, so kann man auch von der Vagina oder von der Bauchwand aus extraperitoneal einschneiden.

Bei der kalkulösen Anurie ist eine frühe Operation geboten. Ist das Nierenepithel noch nicht sehr geschädigt, so ist die Niere durch Parenchymspaltung zu retten, wodurch die deletäre Steigerung des intrarenalen Druckes

beseitigt wird. Da der Zweck der Operation ist, die starke Spannung aufzuheben, so darf nachher keine Nierennaht angelegt werden. Eine große Schwierigkeit bietet oft die Erkennung, welche Niere occludirt ist. Die subjectiven Symptome der Kranken geben häufig einen Anhaltspunkt, zuweilen täuschen die Patienten sich aber auch. Ebenso sind die objectiven Symptome trügerisch, der gefühlte Tumor braucht nicht die occludirte Niere zu sein, es kann sich um eine alte Hydronephrose handeln, die neben der Erkrankung der anderen Niere besteht. Wichtiger ist das Vorhandensein eines einseitigen Druckschmerzes in der Lumbalgegend, der aber oft überhaupt fehlt. Noch wichtiger ist die brettharte Spannung der Bauchmusculatur auf der Seite der kranken Niere. Man mache daher in zweifelhaften Fällen die Operation stets auf die verdächtige Niere, nicht auf den anscheinend gefühlten Stein. Lubowski.

Prof. König: **Die chirurgische Behandlung der Nierentuberculose.** (Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin. Sitzung vom 29. Januar 1900. Berliner klin. Wochenschr. 1900, No. 7.)

K. unterscheidet zwei Formen der Nierentuberculose: Die Erkrankung des Drüsenparenchyms in Form solitärer kleiner Knötchen der Rinde. Sie ist sehr schwer zu erkennen. Die zweite Form beginnt als localisirte Erkrankung an den Nierenkelchen und ist auch ohne Nachweis der Tuberkelbacillen leicht zu erkennen. Die Symptome dieser Formen sind: trüber Harn, einseitige Nierenschmerzen, Faserstoffklümpchen, Nierenbeckenepithelien und Eiterzellen im Bodensatz des Harns, ferner palpabler Tumor, Abmagerung, Blässe. Innere Therapie ist hier zwecklos, von chirurgischen Behandlungsmethoden kann nur Ausschaltung der kranken Niere Heilung bringen, wenn die zweite Niere gesund ist. Leider ist man trotz aller neueren Untersuchungsmethoden zuweilen nicht im Stande, die Gesundheit der zweiten Niere mit Sicherheit festzustellen. Den Ureterkatheterismus hält K. weder für unbedingt zuverlässig, noch für gefahrlos. Allerdings ist die partielle Erkrankung der zweiten Niere keine absolute Contraindication, da die Hälfte sicher noch zu Functionsleistung im Körper genügt. Auch bei Erkrankung der Blase und sonstigen tuberculösen Metastasen in Hoden, Prostata u. s. w. kann man operiren. Sie bilden sich zurück, wenn der Hauptkrankungsherd, der ständige Reize setzt, entfernt ist. Von den 18 Patienten mit Nierentuberculose, welche K. operativ behandelt hat, sind 6 im Anschluß an die Operation gestorben, 11 leben, davon 3 seit 12, 9 bezw. 6 Jahren. Die Exstirpation der kranken Niere macht den Menschen entweder ganz gesund oder für Jahre wenigstens wieder lebens- und arbeitsfähig.

Lubowski.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Ueber die pathogenetische Bedeutung des reno-renalen Reflexes

(Nephritis sympathica).

Von

Dr. **Alfred Pousson,**

außerordentlicher Professor der Urologie an der Universität zu Bordeaux.

Daß in denjenigen Fällen, in denen die eine Niere entweder durch einen chirurgischen Eingriff entfernt bezw. durch einen pathologischen Proceß zerstört worden ist, die an ihrer Stelle zurückbleibende andere Niere compensatorisch für die entfernte bezw. zerstörte Niere eintritt, ist bekannt. Die Thatsache, daß Patienten, welche die Operation der Nephrectomie überstanden haben, am Leben bleiben, liefert einen frappanten Beweis für die compensatorische Hypertrophie der zurückbleibenden einzigen Niere. Diese Hypertrophie tritt, wenn auch nicht in so evidenter Weise, auch bei verschiedenen chirurgischen und nichtchirurgischen Erkrankungen der Niere zu Tage, welche mit partieller Zerstörung des Nierenparenchyms einhergehen, wie z. B. bei Nierensteinen (Albarran), bei Hydronephrose (Strauß und Germont), bei Pyonephrose (Albarran), bei gewissen interstitiellen und parenchymatösen Nephritiden (Lancereaux, Chauffard, Albarran). Allerdings dürfte man kaum behaupten können, daß dieser — man kann sagen — von der Natur vorgesehene Proceß der compensatorischen Hypertrophie, der zunächst von Korster, Golgi und Nauwerk an gesunden Teilen des einen erkrankten Organs studirt und dann an der gesunden Niere bei Erkranktsein der anderen von Beckmann, Perl, Lancereaux und Anderen constatirt wurde, bei Nierenaffectionen stets in ganz bestimmter Weise zum Ausdruck kommt.

Die vorliegende Arbeit verfolgt vornehmlich den Zweck, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diejenigen Störungen zu lenken, welche von der einen, erkrankten Niere auf die andere, gesunde, zunächst in functioneller, dann auch in pathologisch-anatomischer Beziehung übertragen werden können.

1. Functionelle Störungen von Seiten der gesunden Niere bedingt durch die erkrankte andere Niere.

Die Wirkung, welche eine erkrankte Niere auf die Function der anderen, anatomisch gesunden auszuüben vermag, fand in den Werken Guyon's und seiner Schüler deutlichen Ausdruck. Sie gehört zur Klasse derjenigen in der Harnpathologie so wichtigen Reflexe, durch deren Vermittelung verschiedene Affectionen, welche ursprünglich auf einen der drei Hauptabschnitte des Secretions- und Excretionsapparates (Nieren und Ureter, Harnblase, Harnröhre) beschränkt sind, die Fähigkeit erlangen, auch die benachbarten Abschnitte in Mitleidenschaft zu ziehen, und zwar in dem Sinne, daß in diesen letzteren Functionsstörungen entstehen.

In typischer Form tritt dieser reno-renale Reflex bei calculöser Anurie auf, bei der man eine vollständige Sistirung der Harnsecretion beobachtet, auch wenn nur einer der beiden Ureteren durch einen Stein verstopft ist. Wenn es auch keinem Zweifel unterliegt, daß in diesen Fällen die sich einstellende vollständige Anurie bisweilen durch angeborenen Mangel der einen Niere oder durch eine in Folge destructiver Krankheitsprocesse bedingte Unterdrückung der physiologischen Function derselben bewirkt sein kann, so glauben wir doch in Uebereinstimmung mit Legueu, daß man ebenso wenig bezweifeln darf, daß eine vollständige Unterdrückung der Harnsecretion bei Obstruction des einen Ureters auch dann zu Stande kommen kann, wenn sich die Niere der anderen Seite im Zustande relativer oder absoluter Integrität befindet. Neben den bekannten, von meinem Schüler Donnadieu[1]) citirten Fällen von Bourgeois, Chapotot, Godlee. Israel, in denen die Section an den Nieren keine Veränderungen, ergab, welche an und für sich die vollständige Sistirung der Harnsecretion zu erklären vermocht hätten, wenn man nicht einen eventuellen inhibitorischen Reflex zu Hilfe nimmt, giebt es eine große Anzahl von klinischen Beobachtungen, welche schwerwiegende Beweise dafür liefern, daß es eine reflectorische calculöse Anurie thatsächlich giebt. Unsererseits können wir folgenden Beweis dafür erbringen: Im August 1899 haben wir einen 75 Jahre alten Mann im elften Tage einer linksseitigen calculösen Anurie operirt und dabei eine unmittelbare Wiederherstellung

[1]) De l'anurie calculeuse, These de Bordeaux 1895.

der Harnsecretion auf der rechten Seite wahrgenommen; der Patient entleerte nämlich $2^1/_2$ Stunden nach der links ausgeführten Nephrotomie per vias naturales ungefähr 800 g Harn, der nicht sanguinolent war; die Flüssigkeit, welche aus der operirten Niere herausfloß, war stark gefärbt und entleerte sich ganz durch die Lumbalwunde nach außen. Es würde schwer fallen, wollte man für die Existenz von reflectorischer calculöser Anurie einen deutlicheren Beweis liefern, als der vorstehende Fall.

Die Oligurie, welche so häufig als Begleiterscheinung der Nierencolik auftritt, auch wenn keiner der Ureteren obstruirt und der Schmerz einfach durch die Passage eines mit Harngries überladenen bezw. hyperaciden Harns verursacht ist, stellt die Folge der inhibitorischen Wirkung dar, die von dem betreffenden Ureter ausgeht und nicht nur die Niere der correspondirenden, sondern auch die der entgegengesetzten Seite trifft.

Als weitere Belege dafür, daß die Function einer gesunden Niere durch eine chirurgische Läsion der anderen Niere beeinflußt werden kann, möchten wir die Oligurie oder sogar die Anurie hervorheben, die bei einseitiger Nierenoperation durch Reizung des Plexus splanchnicus hervorgerufen werden kann.

Die Schmerzkrisen, welche bei mit Wanderniere behafteten Individuen so häufig auftreten, können, wenn auch nur in Ausnahmefällen, von reflectorischer Suspension der Harnausscheidung von der anderen, nicht verlagerten Niere begleitet werden. Ueber sehr instructive, hierher gehörige Fälle berichteten Albarran und Piqué auf dem VII. Congreß der französischen Chirurgen, der im Jahre 1893 stattgefunden hat. Wir selbst konnten in den Krankengeschichten unserer mit Wanderniere behafteten Patienten eine bedeutende Herabsetzung der Harnsecretion feststellen, welche mit Anfällen von intermittirender Hydronephrose coincidirten. Bei einfacher Hydronephrose soll Anurie nach den Angaben Albarran's selten vorkommen, aber sie kommt vor. Ein derartiger Fall wurde auf dem X. französischen Chirurgencongreß beschrieben. Schließlich hat Broca einen Patienten beobachtet, bei dem durch einen Blasen-Prostata-Tumor der eine Ureter comprimirt war und doch vollständige Unterdrückung der Harnsecretion der beiden Nieren bestand und bei dem nach der vorgenommenen Nephrotomie die Harnsecretion sich auf beiden Seiten wieder eingestellt hat. Bei Neubildungen der Niere, bei Tuberculose, bei einseitiger Pyonephrose wird, soweit uns bekannt ist, die Anurie als Krankheitserscheinung nicht aufgeführt; wohl aber findet man in den entsprechenden Beobachtungen Hinweise auf bestehende Verminderung der zur Ausscheidung

gelangenden Harnquantität und auf Beseitigung derselben durch die vorgenommene Operation. Wir können diese Ausführungen nicht schließen, ohne auf die wichtige Thatsache hinzuweisen. daß die bei den chirurgischen Nierenaffectionen auftretenden Störungen der Harnsecretion hauptsächlich bei acuten, plötzlich einsetzenden und schmerzhaften Processen beobachtetet werden, ein Umstand, der für die Erklärung spricht, durch welche die pathologische Physiologie die in Rede stehende Erscheinung uns begreiflich zu machen sucht.

Die Existenz eines reno-renalen Reflexes bei nichtchirurgischen Nephritiden ist in der That äußerst selten, für uns aber über allem Zweifel erhaben. Bevor wir die von uns selbst beobachteten Fälle mitteilen, halten wir es für angebracht, auf diejenige Lehre der Pathologie einzugehen, nach der parenchymatöse oder interstitielle, acute oder chronische Nephritiden stets bilateral sein sollen. Allerdings findet man bei Autopsieen von Individuen, welche einer langsam verlaufenden infectiösen Nierenaffection erlagen, die beiden Nieren afficirt. Giebt denn aber dieser Befund das Recht, anzunehmen, daß auch bei Beginn der Krankheit die beiden Nieren afficirt waren? Weshalb soll es denn nicht möglich sein, daß von den Nieren, trotzdem sie durch dasselbe, Mikroorganismen oder deren Stoffwechselproducte enthaltende Blut durchspült werden, nur die eine erkrankt? Wissen wir doch, daß einseitige Erkrankungen bei den anderen gepaarten Organen, wie Augen, Parotis, Hoden, Brustfell, gang und gäbe sind. Die Antwort auf diese Frage hat um so mehr Aussicht, im positiven Sinne bestätigt zu werden, als es durch die Untersuchungen von Cornil und Brault, Philippowicz und Finkler, Prior, Cohnheim, Trambosti und Maffuci hinreichend erwiesen ist, daß die Bacterien die Fähigkeit besitzen, gesunde Nieren zu passiren, ohne in denselben Affectionen hervorzurufen, und daß die Bacterien bezw. deren Toxine nur dann virulent werden, wenn von Seiten des Nierenparenchyms besondere, zur Erkrankung prädisponirende Momente bestehen. Diese Momente sind zahlreich, und wenn ein großer Teil derselben, wie z. B. Erkältungen, ausgedehnte Verbrennungen, Constitutionskrankheiten, die großen Diathesen, Erkrankungen der Harnblase, der Prostata und der Harnröhre, beide Nieren in gleichem Maße für eine Infection empfänglich macht, so giebt es doch noch eine ganze Reihe von prädisponirenden Momenten, welche nur auf eine Niere einwirken; das sind Tumoren der Bauchhöhlen- und Beckenorgane, welche z. B. nur einen Ureter comprimiren können. Bei einer meiner Kranken, an welcher ich meine Studien bezüglich der pathogenetischen Bedeutung des reno-renalen Reflexes ausgeführt habe, lag wahrscheinlich eine Infection der linken Niere allein vor, weil die

betreffende Patientin ein Uterusfibrom hatte, das nur den Ureter der linken Seite comprimirt hatte.

Man weiß seit den Untersuchungen von Korster, Golgi, Nauwerk, Chauffard und Albarran, daß in einer von granulirender, interstitieller oder parenchymatöser Nephritis befallenen Niere die krankhaften Veränderungen ungleichmäßig verteilt sind. Während z. B. der entzündliche Proceß gleichzeitig eine Anzahl Glomeruli und Canälchen ergreift, die, in eine und dieselbe Sammelröhre mündend, gewissermaßen einen kleinen elementaren Abschnitt der Niere bilden, verschont er ganze Systeme der benachbarten Glomeruli und Canälchen, welche hypertrophiren. Können denn nun nicht das Ergriffenwerden bestimmter Abschnitte und das Verschontbleiben anderer Abschnitte derselben Niere als vollwichtiger Beweis dafür gelten, daß jeder Nierenabschnitt an und für sich als ein Ganzes aufgefaßt werden kann?

Was die einseitige Nierenerkrankung betrifft, so habe ich meinerseits bei den von mir in dieser Richtung angestellten Untersuchungen allerdings keinen Fall von chronischer Nephritis beobachtet, deren Einseitigkeit ich später bei der Autopsie hätte feststellen können; jedoch wird die Möglichkeit einer acuten unilateralen Infection durch die Mitteilungen von Goodhart[2]) und Robert Weir[3]) außer jedem Zweifel gesetzt. Der erste dieser Autoren fand unter 130 Fällen von bei der Obduction constatirter Pyelonephritis 19 Fälle (oder 14,5 pCt.) mit Erkrankung einer Niere; der andere begegnete dieser Erscheinung unter 71 Fällen 19mal (17 pCt.).

Wenn wir selbst also auch keine pathologisch-anatomischen Belege vorbringen können, so sind wir in der Lage, als Beweis für die Existenz von einseitigen Nephritiden eine gewisse Anzahl klinischer Beobachtungen anzuführen, welche documentiren, daß Kranke, bei denen in Folge verschiedener Ursachen, darunter auch Nephritis, die eine Niere entfernt wurde, in einem Zustand vollkommener Gesundheit weiter lebten. Wenn auch diese Beobachtungen nicht mit absoluter Sicherheit beweisen, daß die zurückgebliebene Niere vollständig gesund war, so gestatten sie doch die Annahme, daß die anatomischen Veränderungen, wenn solche überhaupt bestanden, minimaler Natur waren, so daß die einzige Niere sich auch der durch den Fortfall der anderen Niere gesteigerten Arbeitsleistung gewachsen zeigte.

Im Nachstehenden lassen wir die erwähnten klinischen Beobachtungen in kurzen Auszügen folgen.

---

[2]) Goodhard: Guy's Hospital Report 1874.
[3]) Robert Weir: Medical Record 1894.

Senator: Ueber renale Hämophilie. Mitteilung in der Berliner med. Gesellschaft in der Sitzung vom 17. December 1890. Berliner klin. Wochenschrift, 5. Januar 1891, Bd. XXVII, S. 9.

19jährige Frau. Seit 3 Jahren Hämaturien, die zuerst in größeren, dann in kleineren Zwischenräumen auftraten und die Kranke äußerst anämisch machten. Harnblase gesund; das Blut kommt aus dem rechten Ureter. Senator stellt die Diagnose auf renale Hämophilie und schlägt die Nephrectomie vor, die von Sonnenburg am 22. April 1890 ausgeführt wird. Rasche Heilung, die neun Monate nach der Operation noch eine vollständige ist. — Untersuchung der exstirpirten Niere: Die von Israel vorgenommene histologische Untersuchung ergab in der Tiefe kleine Inseln, welche von interstitieller Nephritis begrenzt waren.

De Keersmaecker: Annales de la société belge de chirurg. 1897.

43jährige Frau. Nach einigen Anfällen von postpuerperaler Cystitis stellten sich bei der Patientin Hämaturien ein, die nunmehr seit drei Jahren ununterbrochen bestehen. Harnblase gesund, das Blut kommt aus dem linken Ureter. Mit Rücksicht auf den progredienten Verfall der Patientin wird die linke Niere exstirpirt. Die erzielte Heilung ist neun Monate nach der Operation noch eine vollständige. — Untersuchung der entfernten Niere: Unter dem Microskop sieht man in der corticalen Substanz in der Nähe der Kapsel die Canälchen gedrückt und die Glomeruli deformirt; im übrigen Teil der Rinde sind die Glomeruli vollständig erhalten, mit Ausnahme derjenigen, die zwischen den am meisten sclerosirten Pyramiden liegen und durch das hyaline Exsudat comprimirt sind. Die Tubuli sind teils normal, teils entzündet; die Zellen sind geschwollen und verschließen die Lumina der Canäle, sie sind degenerirt und zeigen Degeneration oder Schwund des Kernes. — Pathologisch-anatomische Diagnose: Gemischte Nephritis von hämorrhagischem Typus.

Pousson: Bulletin de la société de chirurgie de Paris, 7. Juni 1898.

23jährige Frau. Seit drei Monaten besteht Hämaturie, die sich sowohl in Bezug auf die Häufigkeit ihres Auftretens, wie auch in Bezug auf die Blutmenge immer mehr und mehr steigerte Heftige Schmerzen im Moment des Abgangs von Gerinnseln; starke Anämie. Bei der cystoskopischen Untersuchung zeigt sich die Harnblase gesund. Das Blut kommt aus dem rechten Ureter. — Nephrectomie. Vollständige Heilung, die nunmehr über zwei Jahre anhält. — Untersuchung der exstipirten Niere: Auf dem Querschnitt erscheint die corticale Zone nicht gleichmäßig gefärbt: an manchen Stellen ist sie tief rot und ecchymotisch, an anderen blaß und anämisch. Die histologische Untersuchung ergiebt in den blassen Partien reichliche Proliferation von Bindegewebe, das die Gefäße der Glomeruli überwuchert; letztere zeigen Erscheinungen von Endo- und Periarteriitis; in den dunkel gefärbten Partien sind die Glomeruli mit Blut überfüllt.

Demons: Association française de chirurgie. XII. Congrès, 1898.

24jährige Frau. Seit zwei Monaten ununterbrochen bestehende Hämaturie mit lebhaften Schmerzen in der linken Seite des Abdomens. Patientin

in hohem Grade entkräftet. Bei der cystoskopischen Untersuchung erweist sich die Harnblase als normal, der vom linken Ureter spritzende Harn enthält Blut. Die linke Niere wird exstirpirt Heilung, welche zehn Monate später noch anhält. Untersuchung der entfernten Niere: Unter dem Microskop zeigen sich die Glomeruli verkürzt und lappenförmig geteilt; ihre protoplasmatische Umhüllung ist von ovalen oder spindelförmigen Kernen durchsetzt; die Gefäße der Glomeruli heben sich nicht deutlich ab; die Stiele der Glomeruli sind durch fibröse Stränge ersetzt, von denen Abzweigungen in die Glomeruli selbst hineingehen; die Kapselwände sind verdickt und sclerotisch. Diffuse Sclerose im interstitiellen Gewebe der medullären Substanz. Die Affection des Epithels ist weniger ausgesprochen als die des interstitiellen Gewebes; an manchen Stellen ist das Epithel desquamirt, an anderen zeigt es Wucherung und Neigung, adenomatös zu werden. — Pathologisch-anatomische Diagnose: Sclerose der Niere mit vorherrschendem Ergriffensein der Glomeruli und der Sammelcanäle.

Péan: De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein, Brodeur. Thèse de la faculté de Paris 1886.

40jähriger Patient. Seit einem Jahre excessive Schmerzen in der linken Nierengegend; bedeutende Abmagerung; Selbstmordgedanken. Nephrectomie. Heilung: Verschwinden der Schmerzen, Rückkehr der Kräfte. Legueu sah den Patienten fünf Jahre später und fand an demselben deutliche Erscheinungen von Tabes. Untersuchung der exstirpirten Niere: Dieselbe wurde von Prof. Cornil ausgeführt und ergab in der Niere Zeichen von Glomerulitis; die Niere bot Veränderungen der Harncanälchen, wie man sie bei wenig vorgeschrittener albuminöser Nephritis beobachtet.

Robert Weir: Medical Record, Vol. 46, pag. 325.

25jähriger junger Mann. Bei der Aufnahme Nephritis und Urethritis gonorrhoica. Rechts Vergrößerung der Niere. Temperatur schwankt zwischen 39,4° und 40,5°. Harn stets eiterhaltig. Eine Probeincision der Niere ergiebt die Anwesenheit zahlreicher miliarer Abscesse im Nierenparenchym, daher sofortige Nephrectomie. Heilung. Die Temperatur sinkt nach der Operation bis auf 37,5°, der Kranke verläßt nach drei Wochen das Hospital mit fast vollständig normalem Urin. Untersuchung der exstirpirten Niere. Die bacteriologische Untersuchung ergab in Bezug auf Gonokokken ein negatives Resultat, dagegen Colibacillen in Reincultur.

Israel, citirt bei Albarran: Traité de chirurgie de le Dentu et Delbet. Erscheinungen von acuter infectiöser Nephritis, Nephrectomie. Heilung. Resultat der Untersuchung der exstirpirten Niere: Miliare Abscesse.

Max Jordan, citirt bei Albarran: L. c. Acute hämatogene Nierenaffection. Nephrectomie. Heilung.

Pousson: Bulletin de la société de chirurgie de Paris, 12. Juni 1900.

56jähriger Patient. Seit mehr als zwei Monaten besteht eine abundante, fast ununterbrochene Hämaturie. Die vorgenommene Cystotomie ergiebt,

daß die Harnblase intact ist und daß das Blut aus der rechten Niere kommt, daher Nephrectomie. Seitdem Verschwinden der Hämorrhagie und Heilung. Untersuchung der exstirpirten Niere: Acute infectiöse Nephritis mit beinahe allgemeiner leucocytärer Infiltration und einer großen Anzahl miliarer Abscesse.

Zu diesen neun Fällen von wahrscheinlich einseitiger chronischer bezw. acuter Niereninfection, die mittels Nephrectomie behandelt worden sind und in denen die Untersuchung der exstirpirten Niere die auf Nephritis lautende Diagnose bestätigt hat, können wir noch fünf weitere hinzufügen, in denen nach Incision der einen Niere sämtliche Krankheitserscheinungen verschwanden und man somit anzunehmen berechtigt war, daß der Krankheitsproceß auf eine Niere beschränkt war.

Broca: Annales des maladies des organes génito-urinaires. December 1894.

28jährige Frau. Seit sechs Monaten continuirliche und stetig zunehmende Hämaturie. Rechte Niere sonst nicht vergrößert, nur bei Druck im Sinus costovertebralis. Die Untersuchung des Urins ergiebt in demselben eine bedeutende Anzahl roter und weißer Blutkörperchen, aber keinen Eiter, ferner verschiedene Cylinder, hauptsächlich aber epitheliale und granulirte. Der Urin war, wie berichtet wird, im Allgemeinen der einer acuten Nephritis. Nephrotomie. Heilung nach glattem postoperatorischen Verlauf. Acht Jahre nach dem Eingriff noch kein Recidiv.

Mac Lane Tiffang: Annals of Surgery 1889.

49jährige Frau Schmerzhafte Nierenkrisen mit Irradiation nach der Mittellinie des Bauches, nach der Harnblase und Inguinalgegend, die seit zwei Jahren bestehen und in immer kleineren Zeitabständen auftreten. Niemals Abgang von Steinen, jedoch von Zeit zu Zeit blutiger Harn. Bei der in Folge der heftigen Schmerzen vorgenommenen Nephrotomie findet man am vorderen oberen Rande der Niere eine tiefe und schmale Narbe, welche sich bei Berührung hart anfühlt. Heilung. Die nach der Operation eingetretene Besserung war, wie Verf berichtet, so unmittelbar und bedeutend, daß man das Resultat der Operation als günstiges und mit großer Wahrscheinlichkeit als dauernd betrachten konnte. Untersuchung der operirten Niere: Verf. ist der Meinung, daß die Impression der Niere welche sich in der Form einer Narbe dargeboten hat, die Ursache einer chronischen Nephritis gewesen sei.

Harrison: Ueber die Behandlung einiger Formen von Albuminurie durch Punction der Niere. British Medical Journal, 17. October 1896.

18jähriger junger Mann. Vor 20 Tagen Scharlach. Heftige Schmerzen in der rechten Lumbalgegend. Albuminurie. Nephrotomie. Drainage. Rasche Heilung; Verschwinden des Eiweißes. Untersuchung der operirten Niere: Nephritis scarlatinosa non suppurativa.

Harrison: Ibidem.

50jähriger Mann. Im Anschluß an ein langdauerndes unterirdisches

Arbeiten Schmerzen in der rechten Niere. Harn stark eiweißhaltig. Nephrotomie. Niere dick, Nierenkapsel gespannt. Drainage. Rasche Heilung. Untersuchung der operirten Niere: Nephritis.

Harrison: Ibidem.

44jährige Frau. Seit einem Jahre leichte Hämaturie und vorübergehende Albuminurie. Im Anschluß an Influenza Schmerzhaftigkeit in der linken Nierengegend. Nephrotomie. Niere ödematös, Nierenkapsel gespannt. Drainage. Rasche Heilung. Verschwinden des Albumens. Untersuchungsergebnis der linken Niere: Influenzanephritis.

Haber (Hamburg), citirt bei Harrison, Ibidem.

35jähriger Mann. Im Anschluß an einen leichten Influenzaanfall heftige Schmerzen in der rechten Lumbalgegend und leichte Albuminurie. Nephrotomie. Bei derselben wird eine große Menge Blut, aber kein Eiter entleert. Heilung; vollständiger Schwund der Albuminurie.

Die von uns im Auszuge angeführten Beobachtungen beweisen also mit absoluter Sicherheit, daß sowohl acute, wie chronische nicht chirurgische Erkrankungen der Niere auch einseitig auftreten können. Leider können sie zur Unterstützung der von uns aufgestellten These von der functionellen Störung der einen, gesunden Niere durch Reflexwirkung von Seiten der anderen, erkrankten Niere nicht herangezogen werden, und zwar aus dem Grunde, weil die urologischen Angaben bezüglich der Harnmenge, welche vor und nach der Nephrotomie bezw. der Nephrectomie entleert wurde, sich einzig und allein auf die erkrankte Niere erstrecken, desgleichen die Angaben bezüglich des Gehaltes an Harnstoff, an Chlorverbindungen, Phosphaten und an abnormen Bestandteilen, wie Eiweiß. Als streng wissenschaftliche Beläge für unsere These hätten diese Fälle nur dann gelten können, wenn vergleichende Untersuchungen am von jeder Niere mittels Uretercatheterismus gesondert gewonnenen Harn vor und nach der chirurgischen Intervention angestellt worden wären. Wiewohl diese vergleichende Untersuchung auch in den beiden Fällen fehlt, über welche wir im Nachstehenden berichten wollen, so glauben wir doch, es würde Niemand von denen, die die Fälle in extenso[4]) gelesen haben würden, daran zweifeln, daß es einen reno-renalen Reflex giebt, der in gewissen Fällen

[4]) Die beiden Beobachtungen sind veröffentlicht: die erste durch Sabatier in Revue de chirurgie, Paris 1899, Bd. 9, S. 62; die zweite haben wir selbst veröffentlicht unter dem Titel: Ueber das Vorkommen eines renorenalen Reflexes in gewissen Fällen von nichtchirurgischer Nephritis und über die Möglichkeit der Entwicklung einer sympathischen Nephritis. Mitteilung in der Academie de médecine zu Paris in der Sitzung vom 20. März 1900. Annales des maladies des organes génito-urinaires, April 1900.



von einseitiger Nephritis eine Störung der Function der anderen gesunden Niere bewirkt.

In dem ersten von Sabatier veröffentlichten Falle handelt es sich um eine Patientin, die gleichzeitig mit Störungen der Harnsecretion und abnormer chemischer Zusammensetzung des Harns (Oligurie 450 bis 750 g in 24 Stunden, Verringerung der Harnstoffmenge bis auf 6,1 g, Albuminurie bis 1—2 g, Hämaturie) sämtliche Erscheinungen von Urämie (Cephalalgie, Comaanfälle, Dyspnoe, Nausea, häufiges Erbrechen) darbot und bei der die Nephrectomie alle diese alarmirenden Erscheinungen rasch beseitigte (die Menge des Urins stieg bis auf 1000 g und darüber, der Procentsatz des Harnstoffes stieg bis auf 20—22 g, die Menge des Eiweißes verringerte sich ganz bedeutend, während das Blut ganz verschwand). Ein Jahr nach der Operation bestand die Heilung noch fort: Die Kranke entleerte 1000 g Harn in 24 Stunden mit einem Harnstoffgehalt von 19 g und ganz geringen Eiweißspuren; der Allgemeinzustand war ein vortrefflicher, bis auf gewisse comatöse Erscheinungen, welche Broca bei näherer Betrachtung des Falles als nervöse Erscheinungen auffaßte. — Was für eine andere Erklärung könnte man nun in diesem Falle für die Verringerung der Harnsecretion, für den geringen Gehalt an Harnstoff in Anspruch nehmen, wenn nicht die der Wirkung eines inhibitorischen Reflexes von Seiten der kranken und schmerzhaften Niere auf die gesunde?

Die zweite Beobachtung, die, wie gesagt, von uns selbst herrührt, ist noch instructiver und liefert gewissermaßen einen Beweis für die Berechtigung der von uns aufgestellten Hypothese, indem sie documentirt, daß die Nephrotomie, den Ausgangspunkt des inhibitorischen Reflexes beseitigend, zur vollständigen Wiederherstellung der Function der gesunden Niere, wenigstens bis zur Vernarbung der Nierenwunde, führt, und daß die Nephrectomie als radicalerer Eingriff dieses Resultat für immer sichert. Auch meine Beobachtung bezieht sich auf eine Frau, die an einseitiger hämorrhagischer Nephritis mit Verringerung der Harnquantität (700—600 g), des Harnstoffgehalts (4—6 g), des Phosphorsäuregehaltes (0,47), des Gehaltes an Chlornatrium (1,0—0,5) litt; der Harn enthielt Eiweis (0,20); die Patientin bot sämtliche Erscheinungen von urämischer Intoxication dar. Wir führten die Nephrotomie aus. Vom dritten Tage nach der Operation stieg die Harnmenge (2000 g), desgleichen der Harnstoffgehalt (15,60), der Phosphorsäuregehalt (0,77), der Gehalt an Chlornatrium (3 g); dagegen blieb der Eiweißgehalt des Harns unverändert, aber die urämischen Erscheinungen verschwanden. Diese Besserung hielt 15 Tage an, d. h. so lange die

Niereneincision offen war. Kaum hatte sich aber die Nierenwunde geschlossen, da stellten sich die früheren quantitativen und qualitativen Veränderungen des Harnes, sowie die früheren urämischen Erscheinungen wieder ein; die Harnmenge sank auf 500 g in 24 Stunden, der Harnstoffgehalt auf 5,25, der Phosphorsäuregehalt auf 0,59, der Gehalt an Chlornatrium 0,54, während der Eiweißgehalt des Harns auf 0,52 stieg. Unter diesen Umständen entschlossen wir uns, die Niere zu exstirpiren. Unmittelbar nach der Operation verschwanden die Erscheinungen der urämischen Intoxication, und vom vierten Tage ab betrug die tägliche Harnmenge 1150 g, der Harnstoffgehalt 16,20, der Phosphorsäuregehalt 1,24 g, der Gehalt an Chlornatrium 1,70 g, während der Eiweißgehalt des Harns auf 0,12 zurückging. Bei der am 26. Tage nach der Nephrectomie erfolgten Entlassung ergab die Untersuchung des Harnes folgenden Befund: Harnmenge in 24 Stunden 1600 g, Harnstoffgehalt 10,40 g pro Liter, Phosphorsäuregehalt 4,20 g, Chlornatrium 8,80 g; Eiweiß in geringen Spuren; keine Cephalalgie, keine Dyspnoe, kein Erbrechen; Allgemeinzustand sehr befriedigend. Die Patientin ist seitdem dauernd gesund geblieben.

2. Anatomische Veränderungen der einen, gesunden, Niere in Folge des Erkranktseins der anderen Niere.

Um zu verstehen, auf welche Weise die Erkrankung der einen Niere in dem Schwesterorgan dauernde anatomische Veränderungen herbeiführen kann, ist es nötig, daß wir uns einige Punkte der normalen und pathologischen Physiologie ins Gedächtnis zurückrufen. Wiewohl die Innervation der Nieren bis auf den heutigen Tag noch nicht genau erforscht ist, wissen wir doch seit Cl. Bernard und Brown Séquard, daß durch Reizung der Nierennerven die Secretion der correspondirenden Niere gehemmt und das Nierenparenchym in Folge der Wirkung der vasoconstrictorischen Gefäße blaß wird. Durch Reizung der Schleimhaut des Ureters, des Nierenbeckens, sowie der Nierensubstanz werden dieselben Erscheinungen herbeigeführt, und zwar bleibt die Hemmung der Harnsecretion nicht nur auf die Seite des Angriffs beschränkt, sondern erstreckt sich auch auf die Niere der entgegengesetzten Seite, so daß es zur vollständigen Anurie kommen kann. Wenn man, anstatt die Nerven des Plexus renalis zu reizen, dieselben resecirt, so kommt es zu Congestion der Niere: letztere wird roth und blutstrotzend, ohne jedoch daß ihre Secretion gesteigert wird; im Gegenteil, sie kann verringert und sogar vollständig aufgehoben sein.

Eine große Anzahl von chirurgischen Affectionen der Niere, welche mit gesteigerter Empfindlichkeit derselben bei Druck und namentlich bei Distension (Sensibilitätsarten, welche, wie es Prof. Guyon durch

experimentelle Untersuchungen sowohl, wie auch durch Beobachtungen am Kranken erwiesen hat, der Niere eigen sind) einhergehen, sind ein genauer klinischer Ausdruck der besprochenen experimentellen Reizung und dienen als Ausgangspunkt von circulatorischen und secretorischen Reflexen, welche entweder auf eine oder auf beide Nieren zugleich wirken und deren Function hemmen. In dieser Weise lassen sich die Functionsstörungen der Oligurie und Anurie erklären, von denen wir in dem ersten Teil dieser Arbeit gesprochen haben, — Störungen, welche wir im Anschluß an Verletzungen der Nieren, an Verstopfung des einen Ureters durch Stein, an Nierencolik, an Anfälle von intermittirender oder durch Strangulationen einer Wanderniere entstandener Hydronephrose etc. entstehen sehen. Da sich alle diese Krankheitsprocesse, wie wir bereits bemerkt haben, plötzlich einstellen, so sind dadurch günstige Bedingungen zur Affection der anderen Niere durch eine Art choc en retour geschaffen.

Viel schwerer ist die Wirkung der kranken Niere auf die gesunde bei chronischen Nierenaffectionen zu verstehen, namentlich bei parenchymatösen und interstitiellen Nephritiden. Jedoch kommen hier als Momente, die den renalen Reflex auslösen können, in Betracht: 1. diejenigen plötzlich eintretenden, mit Schmerz und Volumenvergrößerung einhergehenden Exacerbationen, die im Verlaufe der chronischen Nephritiden ziemlich häufig auftreten, 2. die geringe und dauernde Irritation der kranken Niere und die Existenz der Neuritiden im Gebiete des Plexus renalis, die für gewisse Fälle von Klippel beschrieben worden sind. Diese vorübergehenden oder constanten Erscheinungen vermögen allerdings innerhalb einer gewissen Zeit nicht, die Structur des Nierenparenchyms anatomisch zu verändern; man wird aber zugeben müssen, daß diese Störungen bei längerem Bestehen die Blutcirculationsverhältnisse in der Niere, sowie die Ernährungsverhältnisse ihrer anatomischen Elemente dermaßen alteriren, daß, wenn es auch zu keiner unmittelbaren Erkrankung der Niere kommt, so doch Verhältnisse geschaffen werden, die die Disposition zur Erkrankung der Niere steigern. Die Bedeutung dieser prädisponirenden Momente, ohne die eine Infection überhaupt nicht zu Stande kommt, ist für die Niere nicht minder groß wie für andere Organe, und unter den übrigen Organen ist die Niere gerade dasjenige, welches die Forscher zum Studium der Pathogenese derjenigen Krankheiten gewählt haben, die durch Eindringen von Mikroorganismen in das Innere der Gewebe erzeugt werden. Albarran hat durch Unterbindung des einen Ureters und durch Injection einer virulenten Mikrobencultur in den unterhalb der Ligatur liegenden Teil des Ureters eine hämatogene Infection der

entgegengesetzten Niere erzeugt, wobei er die Infection auf die Hyperämie zurückführte, welche durch die gesteigerte Function dieser Niere bedingt war. Nun, in einer Niere, deren circulatorische und nutritive Verhältnisse in Folge eines von Seiten der entgegengesetzten erkrankten Niere ausgehenden reflectorischen Reizes alterirt sind und die dadurch zur Infection prädisponirt ist, wird wohl schon eine geringe Anzahl von Mikroorganismen bezw. deren Stoffwechselproducte eine Erkrankung hervorzurufen vermögen. Man würde nicht fehlgehen, wollte man annehmen, daß die Stoffwechselproducte der Bacterien, welche ihren Ausgang von der inficirten Niere nehmen, auf die anatomischen Elemente des Schwesterorgans, dem die Aufgabe der Elimination desselben zufällt, eine gewisse Wirkung ausüben, welche befähigt ist, die physiologische Function und selbst die Vitalität der bezeichneten Elemente zu beeinträchtigen. Durch die Untersuchungen, welche Albarran nach Beckmann, Perl, Lanceraux über die compensatorische Hypertrophie der einen Niere bei pathologischer Zerstörung der anderen ausgeführt hatte, wurde er auf die Verschiedenheit der Hypertrophie aufmerksam gemacht, welche abhängig ist von der Natur der Erkrankung, welche die Atrophie der zuerst erkrankten Niere verursacht hatte. Während diese compensatorische Hypertrophie, falls sie sich im Gefolge von aseptischen Zerstörungsprocessen in der Niere, wie z. B. im Gefolge einer reinen Uronephrose einstellt, constant ist und sich auf die gesamten anatomischen Elemente der gesunden Niere erstreckt, tritt sie bei septischen Processen, wie z. B. bei Pyonephrose, entweder nur partiell oder überhaupt nicht auf, sei es, daß die Widerstandsfähigkeit des Organismus in Folge von Resorption der toxisch-infectiösen Producte dermaßen beeinträchtigt ist, daß die gesunde Niere sich der ihr zufallenden Mehrleistung nicht gewachsen zeigt, sei es, daß die Elimination der Toxine an Ort und Stelle, d. h. in der erkrankten Niere selbst stattfindet, und zwar durch vom Krankheitsprocesse verschonte hypertrophirte Partien des Nierenparenchyms.

Neben diesen experimentellen Thatsachen können als Beweise für den Einfluß, den eine kranke Niere auf den Gesundheitszustand ihres Schwesterorgans auszuüben vermag, die Beobachtungen gelten, über welche ich in dem ersten Teile dieser Arbeit berichtet habe, namentlich diejenige von Sabatier und die eine von unseren eigenen Beobachtungen. Die experimentellen Thatsachen sowohl, wie auch die erwähnten klinischen Beobachtungen bestätigen die Hypothese, daß es eine sympathische Nephritis giebt, ebenso wie es eine sympathische Ophthalmie giebt.

Wenn sich diese Hypothese, wie wir hoffen, als Thatsache erweisen

würde, so würden wir uns leicht die aus derselben erwachsenden practischen Consequenzen vergegenwärtigen können. Nicht nur, daß man nunmehr bei der chirurgischen und selbst bei nichtchirirgischen Affectionen der einen Niere in der Regel rechtzeitig zur Nephrotomie und zur Nephrectomie greifen würde, um secundäre Erkrankungen der zweiten Niere zu verhüten, sondern man würde sie auch als therapeutischen Factor bei bereits beginnender secundärer Erkrankung der zweiten Niere in Erwägung ziehen. Wir haben gesehen, welch günstige Resultate die Nephrectomie in dem von Sabatier beobachteten und auch in dem unsrigen Falle ergeben hat, wo die einseitige Nephritis so gewaltig auf die Function der anderen Niere eingewirkt und event. bereits anatomische Veränderungen ihres Parenchyms herbeigeführt hat. Zwei Beobachtungen, welche von unserem Meister Prof. Guyon[5]) herrühren, und welche derselbe bereits vor längerer Zeit in einem Artikel über die „Chirurgische Physiologie der Niere" veröffentlicht hatte, beweisen gleichfalls: einerseits, daß eine erkrankte Niere in ihrem Schwesterorgan selbst anatomische Veränderungen herbeizuführen vermag; andererseits, daß eine rechtzeitige chirurgische Intervention (in Form einer Nephrotomie) die beginnende sympathische Erkrankung der Niere einhalten und sogar zur Rückbildung bringen kann.

Bevor wir zur Operation geschritten sind, sagt Professor Guyon, haben wir in der linken Nierengegend Schmerzen und Vergrößerung des Nierenumfanges und einen sehr beunruhigenden Allgemeinzustand constatirt. Einige Monate nach Incision der rechten Niere bekam die linke Niere wieder normale Dimensionen, die Schmerzen verschwanden und der Patient genas vollkommen. Dank der bestehenden Lumbalfistel waren wir in der Lage, den Harn beider Nieren gesondert aufzufangen und uns davon zu überzeugen, daß der Harn der rechten Niere pathalogische Eigenschaften besaß, während der Harn der linken Niere beinah normal war. Und doch war diese Niere, wie wir ausdrücklich wiederholen, ernst erkrankt, und deren Zustand verschlimmerte sich bis zu der Intervention mit jedem Tage mehr und mehr. Der berühmte Klinizist des Hôspital Necker führt diese beiden Fälle an, um den Contrast zwischen den Resultaten hervortreten zu lassen, die einerseits bei secundärer, nach vorangegangener Nephrotomie ausgeführter Nephrectomie, andrerseits bei primärer Nephrectomie erzielt werden. Worauf wäre denn die im

---

[5]) Guyon et Tuffier: Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1888, Bd. VI, S. 720.

ersteren Falle so constant abnehmende Mortalität zurückzuführen, wenn nicht auf die Beseitigung des von der kranken Niere ausgehenden Reflexes? Die technischen Schwierigkeiten, sowie die Gefahren sind bei beiden Operationen die gleichen; nur die Besserung, welche die andere Niere erfährt, kann die Verschiedenartigkeit der Resultate erklären. Diese Besserung kann auf keine andere Ursache zurückgeführt werden, als auf die Spaltung der kranken Niere.

Ueber Spüldehnungen bei chronischer infiltrirender Urethritis.

Von

H. Lohnstein (Berlin).

In der Behandlung der chronischen infiltrirenden Harnröhrenentzündung haben sich die Dehnungen der erkrankten Urethralschleimhaut seit langer Zeit Bürgerrecht erworben. Wenn ich im Folgenden ihre Indication und den Mechanismus der Dehnung einer kurzen Betrachtung unterziehen will, so hat mich hierbei die Erkenntnis der Thatsache geleitet, daß die Erfahrungen, welche man mit denselben gemacht hat, noch weit bessere sein würden, wenn man sich stets genau die Bedingungen vor Augen hielte, unter welchen eine Dehnung notwendig oder auch nur wünschenswert erscheint. Bekanntlich wurden Dehninstrumente auf Grund von empirischen Erfahrungen zu einer Zeit angegeben, als man über das Wesen der infiltrirenden Harnröhrenentzündung noch keine sicheren Vorstellungen hatte. Otis, Oberländer und Dittel hatten auf Grund sorgfältiger Untersuchungen mit dem Urethrometer die Entdeckung gemacht, daß in Fällen, in welchen man selbst mit den stärksten Sonden keinerlei Verengerung nachweisen konnte, dennoch relativ stricturirte Partien, sogenannte weite Stricturen, an einzelnen Stellen bestanden. Es handelte sich hier um Herabsetzung des Harnröhrencalibers an Stellen, welche wohl weiter als der normal engste Teil der Harnröhre, aber enger waren, als der entsprechende Abschnitt der normalen Harnröhre mit dem Urethrometer ausgemessen worden war. Mittels Sonden selbst stärksten Calibers waren sie aus dem einfachen Grunde nicht diagnosticirbar, weil die Harnröhre, wenn man sich ihre sämtlichen Abschnitte möglichst gedehnt vorstellt, keinen Cylinder, sondern mehrere durch ein kurzes, relativ enges cylindrisches Verbindungsstück (P. membranacea) mit einander

verbundene Spindeln darstellt. Jene Dehner bezweckten nun, die für cylindrische Sonden unlösbare Aufgabe zu erfüllen, unter Schonung der normaliter engen Partie die absolut weiteren, relativ aber dennoch verengerten Abschnitte der Harnröhre bis zur Norm zu dehnen. Hierbei wurde bei der Indicationsstellung einzig und allein die Thatsache berücksichtigt, daß, nachdem andere Heilmethoden nicht zum Ziele geführt hatten, die Urethrometeruntersuchung eine derartige „weite Strictur" ergeben hatte. Dem Entwicklungsstadium des Infiltrates wurde keine Bedeutung beigemessen. Erst nach den Untersuchungsergebnissen von Neelsen und von Finger, sowie von Wassermann und Hallé, welche über die Processe, die zur Ausbildung dieser Infiltrate führen, und über die weiteren Entwicklungsstadien, den Ausgang u. s. w. teilweise höchst bemerkenswerte Aufschlüsse ergaben, wurden sowohl die Indicationen für die Dehnungen genauer präcisirt, als auch Modificationen an den Instrumenten angebracht, welche es ermöglichten, mit größerem Erfolge als bisher die durch das Endoskop festgestellten Veränderungen durch mechanische und chemische Agentien wirksam zu beeinflussen. Damals war es, als ich zur Verstärkung der Dehnwirkung als Erster die seitdem vielfach von anderen Autoren übernommenen vierbranchigen Dehner, in ihrer Wirkung verstärkt durch Spülvorrichtungen, construirte.

Aus den oben erwähnten Untersuchungen von Neelsen und Finger hat sich für die Anwendung sämtlicher Dehninstrumente insofern ein von früheren Forderungen gänzlich abweichender Gesichtspunkt ergeben, als für die Indicationsstellung ihrer Anwendung nicht mehr die Thatsache des verringerten Harnröhrencalibers im Vordergrunde der Betrachtung steht, sondern die Beschaffenheit des die Verengerung verursachenden Infiltrates. Aus jenen Untersuchungen hat sich nämlich ergeben, daß im Wesentlichen die große Fülle von verschiedenartigen Drüsengruppen, die in der Schleimhaut der Harnröhre dichtgedrängt eingelagert liegen, Schuld ist an dem eigentümlichen complicirten Entzündungszustand, der zur infiltrirenden Harnröhrenentzündung führt. Dadurch, daß diese mit großenteils langen, vielfach gewundenen Ausführungsgängen ausgestatteten Drüsen sich ihres Secretes nicht entledigen können, kommt es zu Stauungserscheinungen, die ihrerseits auf das periglanduläre Gewebe einen Reiz ausüben. Auch dieses füllt sich in seinen Maschen in Folge dessen mit Rundzellen, es wird entzündlich infiltrirt. Gelingt es nun, die Ursache dieses ganzen Vorganges, die Retention des Drüsensecretes zum Verschwinden zu bringen, ehe noch aus dem periglandulären Rundzellen- ein Spindelzellen- oder Bindegewebszelleninfiltrat (eine fibröse Narbe)

geworden ist, so darf man auf eine Resorption jenes rechnen. Weit weniger sicher sind allerdings schon die Aussichten auf Erfolg, wenn man erst in späteren Stadien Gelegenheit hat, einzugreifen. Hier darf man wohl nur selten mit der Möglichkeit rechnen, selbst nach Beseitigung des intraglandulären Stauungszustandes die bereits fertige periglanduläre interstitielle Bindegewebswucherung zur Resorption zu bringen. Hieraus folgt, daß die Dehnungen einen weit enger begrenzten Wirkungskreis besitzen, als ihnen von ihren ursprünglichen Propagatoren und auch jetzt noch von einigen Autoren zugewiesen wird. Sie sind gänzlich contraindicirt, wo man auf Grund einer sorgfältigen Urethraluntersuchung zu dem Schlusse geführt wird, daß bereits fibröse Degeneration in größerem Umfange an einzelnen Stellen der Harnröhre Platz gegriffen hat. Ebenso aber sind sie in den Fällen frischer Entzündung zu meiden, wo man noch nicht mildere Eingriffe mit Erfolg versucht hat.

So einfach, wie sich theoretisch diese Indicationen formuliren lassen, so schwierig ist es, practisch im concreten Falle a priori zu entscheiden, ob er sich für Dilatationen eigne. Nach den obigen Ausführungen sind diejenigen infiltrirten Urethritiden geeignet für Dilatation, bei denen es sich um hartnäckige Persistenz der Infiltrate trotz sachgemäßer Anwendung milder, die Resorption befördernder Medicamente — event. unter Hinzuziehung von Sonden — handelt. Sie dürfen weder in Angriff genommen werden, ehe man sich nicht davon überzeugt hat, daß letztere unwirksam sind, noch kommen sie in Frage, falls die Narbenbildung bereits vollendet ist. Was insbesondere diesen letzteren Punkt anlangt, so sind Dilatationen für die Behandlung fibrös degenerirter Partien der Harnröhre gänzlich ungeeignet. Dilatationen mäßigen Grades reizen durch den zerrenden Einfluß die fibröse Partie und bei stärkeren Dehnungen kommt es zu Rissen in das spröde Gewebe, die nicht nur keine Resorption begünstigen, sondern im Gegenteil das Infiltrat noch dichter machen. Ich habe, wohl als Erster, vor Jahren auf diesen Punkt aufmerksam gemacht und davor gewarnt, kritiklos in jedem Falle zu dilatiren. Will man es trotzdem bei derartigen Fällen versuchen, so soll man nur schwere Metallsonden in Anwendung bringen. Denn nicht durch Zug ist hier auf irgend einen Erfolg zu hoffen, sondern durch Druck. Und letzteren kann man nur mittels der hochkalibrigen Metallsonden ausüben, worauf übrigens auch schon Neebe sehr richtig hingewiesen hat. Die Hauptschwierigkeit für den behandelnden Arzt besteht nun in der exacten Diagnose, d. h. in der Feststellung, in welchem Entwicklungsstadium sich jedes Infiltrat im concreten Falle befindet und welche Ausdehnung es zeigt. Besonders

Wassermann und Hallé gebührt das Verdienst, nachgewiesen zu haben, daß unmittelbar neben circumscripten fibrösen mehr oberflächliche Rundzelleninfiltrate von größerer Ausdehnung gewöhnlich angetroffen werden, welche sich durch Untersuchung mittels Knopfsonden oft gar nicht nachweisen lassen. Eine Behandlungsweise, welche für letztere indicirt erscheint, kann für jene möglicherweise schädlich sein und umgekehrt. Hier ist behufs Diagnosestellung die von mir zuerst empfohlene combinirte Endoskopie mittels Nitze-Oberländer und Grünfeld-Casper die einzig brauchbare Methode. Es ist mir nämlich mittels streng mathematischer Beweisführung gelungen, den Nachweis zu führen, daß die häufig beobachtete geradezu auffällige Verschiedenheit des endoskopischen Bildes, je nachdem man mit der einen oder der anderen Methode untersucht, darauf zurückzuführen ist, daß bei seitlich einfallendem Lichte (Methode Oberländer) die Schleimhaut teilweise durchleuchtet wird. Je weniger sie infiltrirt, je blutreicher sie ist, um so mehr wird diese optische Wirkung in die Erscheinung treten, je verschiedener wird also das Bild sein, je nachdem bei auffallendem oder seitlich einfallendem Lichte untersucht wird. Umgekehrt wird man mehr oder weniger übereinstimmende Bilder erzielen, wenn es sich um stark infiltrirte, besonders narbig degenerirte, blutgefäßarme Partien handelt. Ist ersteres der Fall, so wird man mit großer Sicherheit schließen dürfen, daß es sich um weiche Infiltrate handelt, während man harte Infiltrate annehmen darf, falls sich bei beiden Untersuchungsmethoden übereinstimmende Bilder ergeben. Außerdem kommt das veränderte Elasticitätsverhalten der erkrankten Schleimhaut als diagnostischer Anhaltspunkt in Betracht. Hierauf stets mit Nachdruck hingewiesen zu haben, ist das Verdienst Oberländer's, dessen unermüdliche Forschungen auf diesem Gebiete sehr wertvolle Ergebnisse gezeitigt haben. Je feiner und zarter die Fältelung des im Endoskop erscheinenden Schleimhautabschnittes ist, um so elastischer muß das Gewebe, um so weniger infiltrirt die Schleimhautpartie sein. Grobe Fältelung deutet auf mäßig infiltrirte, aber noch nicht fibrös degenerirte, Fehlen jeder Faltenbildung auf eine starre, von fibrösem Infiltrat durchsetzte Schleimhaut.

Untersucht man mittels dieser Methoden systematisch eine chronisch entzündete Urethralschleimhaut, so findet man die Ergebnisse der Wassermann-Hallé'schen histologischen Untersuchungen auch endoskopisch bestätigt. Fast stets hat man Gelegenheit (natürlich nur in älteren Fällen) zu beobachten, daß der fibrös degenerirte Teil der Schleimhaut auf wenige ganz circumscripte Abschnitte reducirt bleibt, die ihrerseits von weicheren Infiltraten von relativ größerer Ausdehnung

umgeben sind. Immerhin erstrecken sich auch diese letzteren, soweit sich constatiren läßt, auf Strecken von wenigen Quadratcentimetern Ausdehnung. Mit andern Worten: völlig unnachgiebige und nur wenig in ihrer Elasticität beeinflußte Schleimhautabschnitte liegen oft unmittelbar neben einander. Hieraus ergiebt sich, wie schwer es ist, eine exacte, sich nur auf ganz circumscripte Gebiete beschränkende Dehnungscur vorzunehmen, wenn man mit Dehnern arbeitet, welche, wie die Kollmannschen, nicht einmal die Dehnungsverhältnisse der gesunden, um so weniger die der erkrankten Harnröhre berücksichtigen. Bekanntlich hat Kollmann, die Richtigkeit des von mir zuerst proclamirten Princips der vierblättrigen Dehner anerkennend, sich bemüht, die Oberländerschen zweiblättrigen Instrumente entsprechend zu verändern. Leider aber war diese Veränderung der Oberländer'schen Instrumente, welche sachlich ganz unbegründet war, nur möglich unter Aufgabe des Hauptprincips der Dehnung überhaupt. Während die Oberländer'schen und Otisdehner so construirt sind, daß je nach Wahl des Instrumentes gewisse Abschnitte besonders stark gedehnt werden können, ist dies mit den Kollmann'schen Dehnern — von dem Prostatadehner vielleicht abgesehen — völlig unmöglich. Bei sämtlichen Dilatatoren Kollmann's stellt nämlich die Dehnungsfigur einen langen Cylinder dar, während der Dehnungsfigur der normalen Harnröhre, wie bereits erwähnt, mehrere durch kurze cylindrische Schaltstücke verbundene Spindeln, der infiltrirten vollends ganz unregelmäßige, erst in jedem Falle besonders festzustellende Dehnungsfiguren entsprechen. Kollmann's Instrumente stellen somit im eigentlichsten Sinne einen Rückschritt gegenüber den Oberländer'schen dar, indem sie gerade ebenso wie die Sonden cylindrisch dehnen. Besonders eclatant tritt dieser Mangel bei den beiden Instrumenten zu Tage, welche bestimmt sind, die ganze Harnröhre gleichzeitig zu dehnen. Bei der Verschiedenheit des Kalibers der einzelnen Abschnitte der Harnröhre ist dies thatsächlich unmöglich. Handelt es sich z. B. um mehrere Infiltrate an den weitesten Abschnitten der Schleimhaut (Bulbus und Pars prostatica), so hat man bei Anwendung dieser Instrumente die Wahl, entweder bei genügender Dehnung der infiltrirten Partien die dazwischen liegende engere Pars membranacea zu zerreißen, oder aber, falls man dies vermeiden will, sich eventuell auf ungenügende Dehnung der infiltrirten Abschnitte beschränken zu müssen. Damit nun wird, wie man sieht, das ganze Princip, auf dem die Dehnungen aufgebaut sind, fallen gelassen. Nun ist allerdings zuzugeben, daß deshalb auch mit diesen Instrumenten gelegentlich recht gute Erfolge zu erzielen sind, da es ja nicht stets darauf ankommt, an jeder Stelle ein der Norm ent-

sprechendes Caliber mittels der Dehnung zu erreichen. Andererseits ist nicht zu bestreiten, daß Instrumente, welche in vollkommener Form die Anpassung an die veränderte Harnröhre gestatten, bei der Vielgestaltigkeit der Veränderungen ihrer Elasticität unmöglich zu construiren sind. Will man jedoch hier sich an bestimmte Grundformen halten, so muß man selbstverständlich auf die Dehnungsfigur der normalen Harnröhre bezüglich ihrer einzelnen Abschnitte zurückkommen. Hierzu aber eignet sich am besten die Spindelform, die zuerst Otis, allerdings nur bei den zu diagnostischen Zwecken bestimmten Urethrometern, sehr richtig gewählt hat. Ein weiteres Erfordernis ist ferner eine kurze Dehnungsspindel; denn nur diese ermöglicht es, unter Schonung der normalen Umgebung oder Umgehung bereits fibrös degenerirter, also für Dehnungen nicht geeigneter Partien, die Dehnung möglichst auf die geeigneten Partien zu beschränken. Es ist daher sachlich sicher nicht gerechtfertigt, wenn Kollmann an meinen Spüldehnern die kurze Dehnungsspindel bemängelt. Eher trifft das Gegenteil zu.

Auch über die Frage, ob nachgiebige oder unnachgiebige Dehnungsvorrichtungen zweckmäßiger sind, ist hier und da gestritten worden. Den von mir angegebenen Instrumenten ist, und zwar so weit dieselben in ihrer ersten, jetzt längst von mir aufgegebenen Form wirklich relativ schwache Federn besaßen, nicht mit Unrecht vorgeworfen worden, daß sie bei rigideren Infiltraten nicht im Stande wären, einen genügenden Zug auszuüben. Seit der verbesserten Construction und der Wahl stärkerer Federn ist dieser Vorwurf sicher unbegründet, wie man sich durch einfache mechanische Controle der Instrumente überzeugen kann. An sich jedoch ist die Dehnung mittels federnder Vorrichtung durchaus der starren, unnachgiebigen Dehnung mittels Gelenk- und Hebelvorrichtung vorzuziehen. Einmal kann man die Gewalt, welche man zur Dehnung gebraucht, viel genauer nuanciren, man hat ein weit feineres Gefühl für den Widerstand, den die mehr oder weniger infiltrirte Schleimhaut der Dehnung entgegensetzt. In Folge dessen kann man auch weit leichter Einrisse in starre Infiltrate vermeiden, was viel schwieriger zu erreichen ist, wenn man sich der starren Gelenk-Hebeldilatatoren von Oberländer, Dittel und Kollmann bedient. Mit besonderem Nachdruck mag hierauf hingewiesen werden, zumal da die Dehnung starrer fibröser Infiltrate, für deren wirksame Behandlung jene Instrumente früher in erster Linie besonders von Oberländer und Kollmann empfohlen worden sind, sich nicht allein als ungeeignet für ihre Beseitigung, sondern geradezu als Beförderung neuer, ähnlicher Infiltrate herausgestellt hat, also contraindicirt ist. Für die Dehnung der weicheren Infiltrate sind die Dehnungen mittels federnder Instrumente nicht allein

völlig ausreichend, sondern haben außerdem den Vorzug, daß sie weit schonender arbeiten und eine viel feinere Dosirung in der Intensität der Dehnung ermöglichen.

Die theoretische Begründung, welche durch die histologischen Untersuchungen besonders von Neelsen und Finger den bereits empirisch voll bewährten Dehnungen gegeben wurde, hatte mich dazu geführt, die Wirkung der letzteren durch gleichzeitige Spülungen möglichst zu steigern. Während die Dehnungen die Aufgabe haben, die die Drüsenausführungsgänge verstopfenden Pfröpfe zu mobilisiren und die mit kleinzelligem Infiltrat angefüllten Maschen des interstitiellen Gewebes zu erweitern, fällt den gleichzeitigen Spülungen die Aufgabe zu, die Pfröpfe zu entfernen und durch entsprechende Reizung die Resorption des Rundzelleninfiltrates anzustreben. Den ersten Teil dieser Aufgabe löst die Spülung als solche, hierzu genügt gewöhnliches Wasser; um der zweiten Indication gerecht zu werden, bedarf es besonderer die Resorption befördernder Argentien. Am zweckmäßigsten haben sich hier Lösungen von übermangansaurem Kali (1 : 10000) oder von Ichthyol (1 : 500) erwiesen. Höllenstein und die ihm verwandten Verbindungen eignen sich nur für diejenigen Formen der Entzündung, bei welchen es sich nicht um ausgedehnte obliterirte Drüsenausführungsgänge handelt. Ist dies jedoch der Fall, so befördern sie gerade durch Gerinnselbildung die Verstopfung der Ausführungsgänge, sind also zu meiden. Vor allem aber hat man stets darauf bedacht zu sein, gründlich zu spülen, d. h. in der Zeiteinheit möglichst große Flüssigkeitsmengen unter hohem Druck durch die dilatirte Partie zu jagen. Sonst haben die Spüldehnungen ihren Hauptzweck verfehlt. Aus diesem Grunde sind auch die Kollmann'schen Spüldehner völlig unbrauchbar, da bei ihnen die complicirte Construction die Anlage genügend weiter Canäle und daher eine gründliche Spülung unmöglich macht. Bei ihrer Anwendung habe ich selbst, so lange die Apparate neu oder wenig gebraucht waren, einen einigermaßen ausreichenden Strom nur durch fortwährende Zuhilfenahme einer Handspritze erzeugen können — ein sehr umständliches und zeitraubendes Verfahren, wenn man bedenkt, daß mindestens 3—4 l Flüssigkeit in einer Sitzung hindurchgespült werden müssen. Bei späteren Versuchen versagte die Spülvorrichtung häufig gänzlich, obwohl auf die Säuberung der Instrumente selbstverständlich die größte Aufmerksamkeit verwendet wurde. Ich begreife es daher auch, wenn mein Freund Casper, der bisher sich meines Instrumentes noch nicht bedient, also vermutlich nur mit Kollmann'schen Spüldehnern gearbeitet hat, mit letzteren keine besonderen Erfolge erzielt hat.

Daß man überhaupt für nötig gefunden hat, vierbranchige Dila-

tatoren zu construiren, nachdem sich die von mir angegebenen nicht nur bei mir, sondern auch bei anderen Collegen bewährt hatten, hat darin seinen Grund, daß man bei meinen Dehnern einige Mängel zu finden glaubte, die jedoch, wie ich im Folgenden nachweisen will, völlig unbegründet sind.

Kollmann insbesondere behauptet, daß die Federn der Dehnungsvorrichtung meines Apparates für stärkere Infiltrate zu schwach sind, daß die Dehnungsspindel für längere Infiltrate nicht ausreiche und endlich, daß der ganze Apparat zu kurz zei, um eventuell mit der Dehnungsspindel bis in die Pars prostatica zu gelangen und diese zu dehnen. Was den ersten Punkt, die zu geringe Widerstandsfähigkeit der Federn meines Dehners anlangt, so mag derselbe vielleicht für die ersten vor sechs Jahren angefertigten Instrumente zutreffen, in keinem Falle jedoch für die seit vier Jahren angefertigten Dilatatoren. Wie man sich durch Palpation aller von außen resp. vom Mastdarm aus zugänglichen Partien der Harnröhre, während sie sich im Dehnungszustande befinden, überzeugen kann, überwinden die Federn meines Dehners jeden in Betracht kommenden Widerstand mit Leichtigkeit. Daß sie, wenn wenig angespannt, compressibel sind, liegt in der Natur federnder Gegenstände begründet, welche erst dann ihre wirkliche Widerstandskraft entwickeln, wenn sie in einen stärkeren Spannungszustand versetzt werden. Es darf jedoch nicht übersehen werden, daß sich durch eine derartige, ganz allmählich an Widerstandskraft zunehmende Federwirkung eine weit schonendere Dilatation erzielen läßt, als durch die starre und brüske Dehnung der Oberländer- und Kollmannschen Dehner. Ganz besonders gilt dies für sogenannte harte Infiltrate, die Vorläufer der callösen Stricturen, bei denen man überhaupt mit Dehnungen sehr vorsichtig sein soll. Hat doch Kollmann selbst auf der Frankfurter Naturforscherversammlung ausgeführt, daß bei brüsker Dehnung callöser Stricturen, wie sich aus Versuchen an Leichen ergab, nicht die Stricturen, sondern die benachbarte relativ gesunde Schleimhaut einriß. Aus diesem Grunde ist die von Kollmann bemängelte Verwendung der niemals brüsk, sondern stets allmählich dehnenden Federwirkung nicht als ein Nachteil, sondern als ein Vorzug zu betrachten.

Bezüglich eines anderen gegen die von mir angegebenen Spüldehner erhobenen Einwandes, daß die dehnende Fläche meiner Spüldilatatoren zu kurz sei, um Infiltrate von größerer Ausdehnung gleichzeitig zu dehnen, verweise ich auf die im Anfange dieses Aufsatzes gemachten Ausführungen. Aus ihnen ergiebt sich, daß die kurze Dehnungsfigur bei Dilatationen den langen, cylindrischen nicht nur

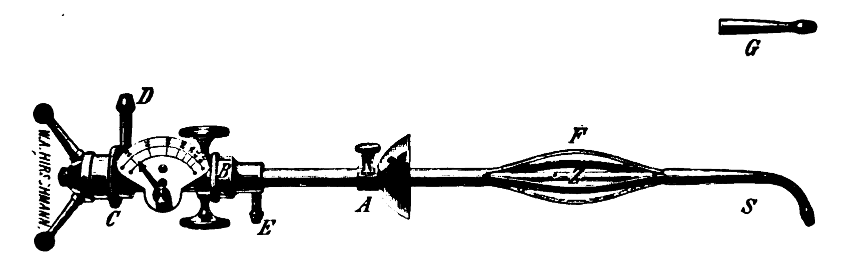
gleichwertig, sondern weit überlegen ist, da nur sie die hier notwendige circumscripte Dehnung unter Spannung der Umgebung ermöglicht.

Nun muß allerdings zugegeben werden, daß es Fälle giebt, in welchen der gonorrhoische Proceß bereits in relativ frühen Entwicklungsstadien eine ausgesprochene Neigung zu flächenhafter Tiefenausbreitung entwickelt, so daß es zur Entwicklung diffuser Tiefeninfiltrate kommt. Glücklicher Weise sind dies aber sehr selten auftretende Fälle. Gewöhnlich handelt es sich hier um Patienten, welche gleichzeitig an constitutionellen Erkrankungen (Syphilis, Tuberculose etc.) leiden. Bei diesen Kranken besteht in der Regel eine ausgesprochene, fast specifische Reizbarkeit gegen jeden Eingriff, daß man hier am besten thut, derartige Fälle palliativ zu behandeln, sie jedenfalls vor der Application von Metallinstrumenten zu bewahren.

Ein sehr häufig von Kollmann u. A. bezüglich der Verwendbarkeit meiner Dilatatoren gemachter Einwand führt aus, daß man bei ihrer Anwendung mit der Dehnungsspindel nicht bis in die Pars prostatica gelangen könne, weil jene im geraden Teile des Instrumentes gelegen und weil überhaupt das ganze Instrument zu kurz sei, um diesen Zweck zu erfüllen. An und für sich erscheint es wunderlich, einen Vorwurf mit dieser Begründung von Urologen aussprechen zu hören. Schon das Cystoskop und seine Construction, die Lage des Prismas gleichfalls im geraden Teile des Instrumentes widerlegt die Stichhaltigkeit jenes Einwandes. Für Diejenigen jedoch, welche bezweifeln, daß das Instrument lang genug sei, um mit der Dehnungsspindel die Pars prostatica zu dehnen, mag auf die präcise Darstellung hingewiesen sein, welche Nitze in seinem Lehrbuche der Cystoskopie von der Veränderung giebt, welche die Harnröhre erleidet, wenn sie durch eine Metallsonde oder ein ähnliches Instrument gestreckt wird. Vor allem wird dadurch der Bogen, den ihr Anfangsteil vom Orificium internum bis zum Ligamentum suspensorium um den unteren Rand der Symphyse herum beschreibt, ausgeglichen. Hand in Hand damit, heißt es bei Nitze, geht eine Verkürzung der natürlichen Länge der Harnröhre um 2—2,5 cm, ja zuweilen um eine noch größere Strecke. Diese Ausführungen Nitze's, mit denen er die Längsdimensionen seiner Cystoskope begründen wollte, lassen sich mutatis mutandis auch auf die Dilatatoren anwenden. Da man jedoch hier nicht wie beim Cystoskop das Prisma in die Blase, sondern die Dehnungsspindel nur bis in die Pars prostatica vorzuschieben hat, so kann man von den von Nitze geforderten Längsdimensionen noch gut 5—6 cm abziehen und erhält dann ungefähr die Länge meiner gewöhnlich angewandten Spüldilatatoren. Uebrigens läßt sich, ohne daß die Construction des Dehners

die geringsten Modificationen erleidet, dem distal von der Spindel gelegenen Teil des Instrumentes jede beliebige Länge geben. Daß dies in den allermeisten Fällen jedoch völlig überflüssig ist, kann man bei Anwendung des Dehners von üblicher Länge durch folgenden Kunstgriff beweisen. Nach Einstellung des Apparates für die Pars prostatica führt man das Instrument bei nicht völlig entleerter Blase des Patienten lege artis ein. In dem Momente, in welchem man den Schnabel in die Blase eintreten fühlt, senkt man den Pavillon des Dilatators stark und comprimirt ein wenig den Penis. In diesem Augenblicke wird man in fast allen Fällen Harn aus der Ausflußöffnung des Dilatators abfließen sehen, ein Beweis, daß die Spindel in der Pars prostatica liegt.

Sind so die gegen meinen Spüldilatator erhobenen Einwände sachlich unbegründet, so darf ich auf einige unbestreitbare Vorzüge, die derselbe allen anderen seither construirten Spüldehnern gegenüber besitzt, aufmerksam machen. Im Gegensatz zu letzteren zeichnet er



sich durch ein relativ enges Caliber (21—22 Charrière gegenüber 25 bis 27 der Kollmann'schen Spüldilatatoren) aus. Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, daß dadurch seine Verwendbarkeit wesentlich gesteigert wird im Gegensatz zu den übrigen, insbesondere Kollmann'schen Dehnern, deren Einführung nicht nur durch das hohe Caliber, sondern auch durch die in Folge der vielen Gelenke und Kanten bedingte Unregelmäßigkeit der Oberfläche des Apparates in vielen Fällen erschwert, nicht selten unmöglich ist, wo man mit Hilfe meines Spüldehners mit Leichtigkeit die Harnröhre passiren kann. Nicht minder in's Gewicht fällt insbesondere vom finanziellen Standpunkt die Thatsache, daß man für sämtliche Infiltrate nur eines Spüldehners meiner Construction benötigt, während man, um mit Kollmann'schen Spüldehnern zu arbeiten, mindestens drei Instrumente braucht. Bei meinem Dilatator wird die verschiedene Einstellung dadurch ermöglicht, daß Schlußglocke und Endstück des Dilatators verschiebbar resp. auswechselbar sind (s. Abbildung). Handelt es sich beispielsweise um ein 2—3 cm vom Orificium externum entferntes Infiltrat — noch weiter distal

gelegene Infiltrate dürften für die Dehnungen wohl kaum in Betracht kommen —, so schraube man die Schlußglocke bis hart an den Anfang der Dilatationsspindel, versehe das proximale Endstück mit einem kurzen, geraden Ansatzstück und führe das so vorbereitete Instrument wie einen Zuelzer'schen Spülapparat in die Harnröhre ein. Liegt das Infiltrat etwas tiefer, etwa in der mittleren Partie der Pars pendula, so schiebt man je nach Bedarf die Schlußglocke 2—3 cm nach aufwärts und verfährt im Uebrigen genau wie oben. Infiltrate im Bulbus urethrae werden dilatirt, wenn man die Schlußglocke 4—5 cm über dem Beginn der Spindel feststellt, an das proximale Endstück einen längeren gebogenen Ansatz anschraubt und nunmehr das Instrument nach Art eines Katheters einführt, jedoch nicht senkt, sondern etwa in einem Winkel von 45° zur Horizontalen fixirt. Handelt es sich darum, die Pars membranacea zu treffen, so verfährt man genau ebenso, senkt jedoch das Instrument so weit, daß es in der sogenannten Gleichgewichtsstellung sich befindet. Bei Infiltration der Pars prostatica endlich schiebt man zunächst die Schlußglocke je nach der Länge des Instrumentes mehr oder weniger zurück, schraubt statt des längeren bogenförmigen Endstückes ein ganz kurzes, nach Art des Cystoskopschnabels gebogenes Endstück an, führt das Instrument in die Blase, senkt den Pavillon stark und zieht nunmehr genau wie bei der Bottinischen Operation soweit zurück, bis man fühlt, wie die Prostataerhebung sich einhakt. In dieser Stellung wird nun das Instrument durch genaue Adaptirung der Schlußglocke an der Peniseichel festgehalten. Dafür, daß nunmehr die Dehnungsspindel wirklich in dem prostatischen Teil der Harnröhre sich befindet, spricht 1. die Thatsache, daß Harn durch die Ausflußöffnung abfließt, 2. der Positiv-Ausfall der Palpation vom Rectum, 3. die einfache anatomische Ueberlegung. Diese Vielseitigkeit der Verwendbarkeit meines Dilatators wird wesentlich erhöht dadurch, daß man selbstverständlich Form und Dimension der Ersatzstücke am proximalen Ende des Instruments ganz beliebig variiren kann. Man ist in Folge dessen in der Lage, je nach Bedarf Ersatzstücke von verschiedener Krümmung, mit Olivenende oder cylindrischem Endstück zu gebrauchen. Dadurch wird es ermöglicht, in Fällen, in welchen in Folge vorübergehender Schwellung oder auch abnormer Krümmungsverhältnisse der Pars prostatica urethrae die Einführung erschwert ist, durch passende Wahl des Ersatzschnabels möglichst günstige Bedingungen für die Einführung des Instrumentes zu schaffen. Diese Vorzüge und Nachteile der einzelnen Dehner werden am drastischten dadurch gekennzeichnet, daß vielfach Kranke, welche ich gleichzeitig mit den Kollmann'schen und meinen eigenen Spüldilatatoren behandelte,

mich nicht selten baten, die Behandlung nur mit den letzteren fortzusetzen, da sie durch jene zu sehr belästigt würden.

In den oben ausgeführten Erörterungen habe ich versucht, auf Grund meiner nunmehr neunjährigen Erfahrungen, die ich mit meinen und anderen Spüldehnern bei chronischer gonorrhoischer Urethritis gemacht habe, die Indicationen und Contraindicationen der Dehnungen in Verbindung mit Spülungen zu schildern. Es ist nicht überflüssig, am Schlusse dieses Aufsatzes darauf hinzuweisen, daß es trotz der Sorgsamkeit der Indicationsstellung, trotz Zuhilfenahme aller Feinheiten der Diagnostik leider immer noch genug Fälle giebt, in welchen auch die Spüldehnungen versagen resp. keine genügende Besserung herbeiführen können. Es wird Aufgabe der nächsten Zeit sein, durch immer weitere Ausgestaltung der diagnostischen Methoden, durch vorsichtige und zielbewußte Anwendung der mechanischen und chemischen Hilfsmittel der Therapie nach den oben angedeuteten Grundsätzen die infiltrirende Urethritis wirksam zu bekämpfen, bevor irreparable Veränderungen auf der Schleimhaut Platz gegriffen haben.

Referate.

I. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

A. Jolles: **Ueber eine einfache und zuverlässige Methode zur quantitativen Bestimmung der Harnsäure sowie der Purinbasen (Alloxurbasen) im Harne.** (Vortrag in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 18. Mai 1900.)

Vortr. bespricht die Harnsäure, das Hypoxanthin, sowie das Adenin, welche wegen ihres Vorkommens im Gewebe und im Harne für die Physiologie von besonderer Wichtigkeit sind, ferner die methylirten Körper dieser Gruppe, wie Theobromin und Coffein, die in Anbetracht ihrer Wirkungen auf den Organismus ein hervorragendes Interesse beanspruchen, und legt hierauf die Ansichten dar, welche über die Structur dieser Körper jetzt allgemeine Geltung haben. Harnsäure, Xanthin und Hypoxanthin sind sauerstoffhaltige Derivate, Adenin ein Amidoderivat des Purins. Durch Einführung von Methylgruppen in bestimmter Stellung in das Xanthin entstehen endlich die Methylxanthine, unter denen das Theobromin und das Coffeïn die bekanntesten sind. Nach Besprechung der chemischen Constitution erläutert Vortr. das Vorkommen dieser Körper im Harne. Harnsäure, Xanthin, Hypoxanthin, Adenin sind Spaltungsproducte des Organismus, und die Größe ihrer Ausscheidung aus dem menschlichen Organismus giebt einen Maßstab für die Größe des Zerfalls der Zellkerne; die methylirten Derivate hingegen stammen ausschließlich aus der Nahrung, zumal aus den Genußmitteln. Zur Bestimmung dieser wichtigen Körperklasse sind eine große Anzahl Methoden vorgeschlagen worden, die aber meist sehr unsichere Resultate ergaben. Vortr. versuchte das Princip seiner Methode

zur Harnsäurebestimmung auf die Bestimmung der Purinbasen im Harne anzuwenden und erzielte so gute Erfolge. Zur Abscheidung der Purinbasen aus dem Harne verwendet er die Silber-Magnesium-Doppelsalze. Der Silbermagnesiumniederschlag wird für sich oder event. nach Entfernung des Silbers mit schwefelsaurer Permanganatlösung nach genauer Vorschrift oxydirt, das Oxydationsgemisch neutralisirt, im Azotometer mit Bromlauge versetzt und der freigemachte Stickstoff gemessen. Diese Zahl giebt den Stickstoff der Harnsäure plus Purinbasen an. Wenn man gleichzeitig aus einer ebenso großen Harnmenge die Harnsäure durch Fällung mit essigsaurem Ammon isolirt und genau so der Oxydation, sowie dem Verfahren im Azotometer unterzogen hat, so läßt sich aus der Differenz der beiden Volumablesungen des Stickstoffes der Stickstoffgehalt der Purinbasen in der betreffenden Harnprobe ablesen. Die Zahlen, welche für den Purinbasen-N resultiren, sind für diagnostische Zwecke jederzeit noch mit großer Reserve aufzufassen. Nur abnorm hohe Werte berechtigen auf einen vermehrten Zerfall kernhaltigen Materials zu schließen. Harne mit relativ niedrigen Gesamt-N und erheblich erhöhtem Gehalt an Purinkörper-N lassen auf tiefgreifende Degenerationen im Organismus schließen. Vortr. hat bei zwei Fällen von Magencarcinom, bei einem schweren Typhusfall, ferner bei perniciöser Anämie und bei Leukämie in Uebereinstimmung mit anderen Autoren auffallend hohe Zahlen für das Purinbasen-N gefunden.

Lubowski.

Prof. E. Salkowski: **Ueber Entstehung und Ausscheidung der Oxalsäure.** (Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 20.)

Verf. berührt in vorliegender Arbeit einen Punkt, zu dessen Aufklärung die physiologische Chemie bisher wenig beigetragen hat, und zwar die Bildung von Concrementen von oxalsaurem Kalk in der Blase. Ob diese Concrementbildung vorwiegend oder überhaupt von einem abnorm hohen Gehalt des Harns an Oxalsäure herrührt, oder von abnormen Mischungsverhältnissen desselben, oder ob beide Momente an derselben beteiligt sind, diese Fragen zu beantworten, fehlt zur Zeit jede Unterlage, ebenso sind die Bedingungen für die Entstehung und Ausscheidung der Oxalsäure selbst noch sehr in Dunkel gehüllt. Demgemäß ist man auch nicht im Stande Individuen, welche an der Neigung leiden, derartige Concremente zu bilden, irgend welche Ratschläge in Bezug auf die etwaige Verhütung weiterer Concrementbildung zu erteilen. In erster Linie geht nun Verf. auf die Frage ein, woher die Oxalsäure des Harns stammt, ob sie sich im Organismus selbst bildet oder aus eingeführten oxalsauren Salzen entsteht. Diese Frage beantwortet nun Verf. dahin, daß beide Quellen in Betracht kommen. Der Nachweis, daß sich Oxalsäure im Körper bildet, kann durch Verfütterung von zuverlässig oxalsäurefreier Nahrung geführt werden oder noch sicherer durch die Auffindung von Oxalsäure im Harn im Hungerzustande. Namentlich haben die Untersuchungen von Lüthje und Lommel mit absoluter Sicherheit erwiesen, daß auch beim Menschen die Oxalsäure ein Stoffwechsel-

product ist. Ueber das Material, aus welchem der Organismus Oxalsäure bildet, läßt sich a priori nichts sagen, da dieselbe ein außerordentlich häufiges Oxydationsproduct ist, sowohl aus Eiweiß, als auch aus Kohlehydraten und Fett entstehen kann, aus dem Eiweiß sich auch durch Einwirkung von Alkalien unter Umständen in großer Menge bildet Was den Ort der Entstehung der Oxalsäure oder vielleicht der Oxalursäure betrifft, so liegt es sehr nahe, denselben in die Leber zu verlegen, nachdem zahlreiche Versuche aus neuerer Zeit gezeigt haben, daß die Leber des Hundes Harnsäure zu oxydiren vermag.

Verf gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluß, daß die Oxalsäure ebenso wie die Harnsäure aus dem Nuclein bezw. aus dem Nucleinalbumin stammt. Von diesem Standpunkt ausgehend, wird man annehmen müssen, daß die Quantität der Oxalsäure im Harn eine individuelle Größe ist, gerade so, wie dieses von der Harnsäure angenommen wird. Man ist jetzt sehr geneigt, anzunehmen, daß die Quantität der Harnsäure ein Maßstab für die individuelle Größe des Stoffwechsels der Zellkerne sei, indessen ist noch nicht erwiesen, ob nicht der Anteil der Harnsäure, welcher der Oxydation anheimfällt, eine wechselnde Größe darstellt, ein Gesichtspunkt, der ehedem weit stärker betont wurde: Alle Maßnahmen der älteren Pathologen gegen die gichtische Diathese laufen auf die Idee hinaus, Bedingungen für eine stärkere Oxydation der Harnsäure im Organismus zu schaffen. Ob dieses überhaupt möglich ist, ist allerdings fraglich, am ehesten scheint es noch durch Alkalien erreichbar zu sein, so wenig auch daraus der Schluß gezogen werden darf, daß die Alkalien im menschlichen Stoffwechsel überhaupt oxydationsbefördernd wirken. Für die Oxalsäure kommt noch der Gesichtspunkt in Betracht, daß sie möglicher Weise direct zu Kohlensäure und Wasser oxydirt werden kann.

Aus der Annahme, daß die Oxalsäure aus dem Nuclein stammt, folgt weiterhin, daß Personen, welche an verminderter Oxalsäurebildung oder Neigung zur Bildung oxalsaurer Concremente leiden, gut thun, bei der Ernährung nucleinreiche Nahrungsmittel zu vermeiden. Voraussichtlich wird es aber ebenso wenig gelingen, die Oxalsäure im Harn ganz zum Verschwinden zu bringen, wie dieses bei der Harnsäure möglich ist.

Bezüglich der Frage nach dem Bestehen einer alimentären Oxalurie haben die Untersuchungen des Verf.'s und seiner Schüler ergeben, daß selbst sehr kleine Dosen von oxalsaurem Kalk, innerlich gegeben, eine unzweifelhafte Steigerung der Oxalsäure des Harns bewirken. Ebenso ist dieselbe nach dem Genuß oxalsäurereicher Nahrungsmittel, z. B. Spinat, erheblich gesteigert. Man hat also allen Grund, Personen, die relativ viel Oxalsäure assscheiden, oder bei denen die Oxalsäure oder ihr Calciumsalz irgend welche Störungen verursacht, den gewohnheitsgemäßen Genuß oxalsäurereicher Nahrungsmittel zu widerraten. Leider ist es zweifelhaft, ob alle oxalsäurehaltigen Nahrungsmittel schon bekannt sind. So hat Verf. nicht nur in den früher für zuverlässig oxalsäurefrei gehaltenen animalischen Nahrungsmitteln (Fleisch, Leber), sondern auch in manchen Weinen geringe Quantitäten von

Oxalsäure gefunden, die zwar keinen erheblichen Einfluß auf den Oxalsäuregehalt des Harns ausüben, bei Concrementbildung aber immerhin von Bedeutung wird. Lubowski.

Jean Abadie: **Polyurie et Pollakiurie hystériques.** (Archives de neurologie, März 1900.)

Ein 45jähriger Mann, welcher niemals viel Alkohol genoß, bleibt trotz schwerer Strapazen (Krieg, Gefangenschaft, Aufenthalt in den Tropen) gesund, bis ihn ein Schiffbruch bei Candia mit 14tägigem Sturm und Mangel an Lebensmitteln außerordentlich erregt und zu den ersten Störungen der Miction führt, welche häufiger als früher am Tage und zwei- bis dreimal Nachts ohne Schmerzen erforderlich wird. Nach der Landung in Bordeaux wird die Häufigkeit der Miction immer größer und die Harnentleerung erfolgt so plötzlich, daß Patient gewöhnlich das Cabinet nicht mehr erreichen kann. Keine Syphilis. Abstammung von hysterischer Mutter. Harnorgane normal. Der innere linke Oberschenkel und das Knie zeigen Erythem in Folge des Harnabflusses. Der Pharynxreflex ist sehr schwach. Die Sensibilität ist am linken Unterschenkel und Fuß, an der linken vorderen Brust und linken Vorderstirn herabgesetzt. Das Gesichtsfeld beider Augen ist auf die Hälfte reducirt, Geruch und Geschmack sind fast erloschen. Der Kranke ist sehr intelligent und wünscht rasch von seinem ihn an jeder Arbeit hindernden, ihn aus jeder Wohnung austreibenden Gebrechen geheilt zu werden; er schläft schlecht und träumt viel. Nichts weist auf Diabetes oder Erkrankung der Geschlechtsorgane hin. Nur die Miction ist anormal: er muß so plötzlich und dringend harnen, daß er nicht einmal sein Beinkleid so rasch öffnen, noch so rasch aus dem Bett springen kann, ohne seine Kleider oder sein Bett zu verunreinigen; nach der Entleerung geringer Tenesmus ohne eigentlichen Schmerz; 40—50 ccm jedesmalige Entleerung. Das Bedürfnis wiederholt sich oft mehrmals nach wenigen Minuten, manchmal dauert der Intervall eine Stunde, 20—30mal in 24 Stunden; die Häufigkeit der Miction wird immer größer. 3400 ccm normalen Harns entleerte der Kranke durchschnittlich in einem Tage. Die Störungen waren also rein functionelle. Der Patient, Sohn einer Hysterica, bot selbst die vielen angeführten hysterischen Stigmata. Diagnose: Polyuria hysterica, Pollakiuria. Durch den Urin wurden täglich 23 g Chloride entleert, eine Menge, wie sie nach Ehrhardt nur bei Hysterischen vorkommt. Der Patient wurde auf psychischem Wege von seinem Gebrechen geheilt; er erhielt täglich unter besonderen Versprechungen eine Pille Methylenblau. Nach zwei Monaten war er vollständig normal. Abadie hat einer Hysterica die Symptome dieser Erkrankung (Polyurie und Pollakiurie) suggerirt und dasselbe Bild wie bei dem Patienten erhalten; eine andere Suggestion heilte die Patientin wieder.

Es besteht also unter den hysterischen Störungen im Harnapparat eine drängende Pollakiurie, mit größerer oder geringerer Polyurie; in naher Beziehung hierzu steht jedenfalls die „irritable bladder“ ohne organische Ver-

änderungen. Diese hysterische Polyurie und Pollakiurie mit plötzlichem Bedürfnis der Entleerung kann ohne jede Beeinflussung durch Alkoholgenuß, durch frühere Harn- und Geschlechtskrankheiten und unabhängig von jeder fixen Idee dieser Art in Erscheinung treten. Man kann dieses Krankheitsbild durch Suggestion zur Entstehung bringen und durch directe oder indirecte Suggestion heilen. Mankiewicz.

Gregor (Innsbruck): **Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Ausscheidung der reducirenden Substanzen im Harn.** (Wiener klin. Wochenschrift 1900, No. 16.)

In einer Arbeit: „Ueber die quantitative Bestimmung der reducirenden Substanzen im Harn nach dem Verfahren von Zdenek Peska" (cf. diese Monatsberichte 1899, S. 586), in welcher Verf. den Einfluß verschiedener Ernährungsverhältnisse auf die Ausscheidung der reducirenden Substanzen im Harn untersuchte, ergab es sich, daß unter den im gewöhnlichen Leben hierbei in Betracht kommenden Substanzen der Alkohol die einzige war, die eine Steigerung der Reductionskraft des Harns herbeiführte. Diese Erfahrung schien von derartigem Interesse, daß Verf. beschloß, die damals erhaltenen Resultate durch neue Experimente zu ergänzen. Auf Grund seiner neueren Untersuchungen modificirt Verf. seine früher aufgestellte Behauptung, daß der Alkoholgenuß eine Reductionsfähigkeit des Harns erzeugt, dahin, daß der Genuß alkoholischer Getränke, vor Allem des Bieres, eine ausschließlich auf den Alkoholgehalt desselben zurückzuführende Steigerung der Reductionsfähigkeit des Harns herbeiführt. Die wesentliche Rolle dürfte dabei in erster Linie dem Traubenzucker zuzuschreiben sein.

Lubowski.

Vigouroux: **Traitement du diabète arthritique.** (Le progrès médical 1900, No. 16.)

V. hat mit Erfolg den Diabetes mit statischer Electricität und Milchdiät behandelt; er läßt die Patienten 14 Tage lang strenge Milchdiät durchführen und giebt dann wieder 14 Tage lang gemischte Kost u. s. f. Er will eine bedeutende Abnahme der Glykosurie und häufig ein Verschwinden derselben unter dieser Behandlung gesehen haben. Immerwahr (Berlin).

Prof. Schott: **Herzkrankheiten auf diabetischer Basis und ihre Behandlung.** (Vortrag, gehalten auf der 21. Versammlung der Balneolog. Gesellschaft zu Frankfurt a. M. am 10. März 1900. Deutsche Medicinal-Zeitung 1900, No. 33.)

Seit einer Reihe von Jahren machte Verf. die Beobachtung, daß eine im Verhältnis zur Gesamtzahl seiner herzkranken Patienten nicht unbedeutend zu nennende Menge an Diabetes litt. Er prüfte regelmäßig bei seinen Herzkranken den Harn auf Zucker und konnte sich dabei überzeugen, daß

zwischen Diabetes und chronischen Herzaffectionen ein inniger Zusammenhang bestehe. Meistenteils handelte es sich in den betreffenden Fällen um Herzneurose, sowohl motorische, wie sensible. Das häufigste Symptom war Herzklopfen, wobei durchaus nicht immer Tachycardie, sondern ab und zu auch Bradycardie vorkam. Die sensible Neurose äußerte sich am meisten in einem Druck in der Brust oder Angstgefühl. Verf. hat aber auch Fälle von heftiger Pneudangina gesehen, die oft der Diagnose dadurch große Schwierigkeiten bereiten, daß beim Diabetes Neuralgien der verschiedensten Art vorzukommen pflegen und nur zu leicht mit Herzschmerzen verwechselt werden können. Das häufige Vorkommen dieser Herzneurosen ist schon deshalb um so verständlicher, als der Diabetes allein sehr geeignet ist, selbst wenn keine anderen Ursachen vorliegen, das Nervensystem auf der einen Seite zu überreizen, auf der anderen Seite zu schwächen, so daß hier Neurasthenie, Hypochondrie, Melancholie, vor allem aber Hysterie häufige Erscheinungen sind. Ganz besonders hochgradige Fälle von Nervosität sah Verf. da, wo auf der Basis der Zuckerharnruhr Impotenz oder gesteigerte sexuelle Reizbarkeit aufgetreten waren. Dazu kommt dann noch das lästige und aufregende Jucken oder gar Entzündungen an den männlichen wie weiblichen Genitalien. Beträchtlich vermehrt wird das Contingent der Herzneurotiker durch die häufig bei Diabetes in Erscheinung tretenden Magen- und Darmaffectionen.

Erstreckt sich die Melliturie, selbst ganz leichten Grades, bereits über eine längere Zeitdauer, dann beginnt gar nicht selten der Herzmuskel selbst afficirt zu werden, die Herzmuskelschwäche tritt dann in den Vordergrund, und zwar sind es verschiedene Formen derselben, die hier entgegentreten können, nämlich: 1. Die primäre Debilitas cordis. 2. Die secundäre Debilitas cordis nach vorausgehender Hypertrophie; man kann hier einen Uebergang von einer Hypertrophie mit Dilatation bis zur reinen Dilatation gar nicht selten beobachten. 3. Die Erschlaffung und Schwäche des Herzens, welche die Folgen vorausgegangener Herzneurosen sind. 4. Das Fettherz, herbeigeführt durch die Luxusconsumption. 5. Herzmuskelschwäche in Folge von Arteriosclerose. Diese letztere ist wohl das häufigste Begleitsymptom des Diabetes und kann schon ziemlich früh in die Erscheinung treten. Hier kommt eine ganze Menge derjenigen Factoren in Betracht, von denen man weiß, daß sie Arteriosclerose hervorzurufen im Stande sind, so z. B. die Stoffwechselveränderungen, die der Glycosurie selbst zu Grunde liegen, ferner die Luxusconsumption, sowie diejenigen Krankheiten, welche eine Basis für die Entstehung des Diabetes bilden, wie Syphilis, Gicht, dann die Albuminurie mit und ohne Schrumpfniere etc. Solche Patienten klagen oft gar nicht über ihr Herz, sondern sie leiden schon frühzeitig an mangelndem Schlaf oder an rasch und leicht eintretender Müdigkeit, manchmal auch an einer Spannung oder Schwere in der Brust, an die sich dann Angst- oder Druckgefühle anreihen können. Ueberall, wo solche Klagen auftreten, sollte der Arzt nicht versäumen, den Urin auch speciell auf Zucker, und zwar wiederholt zu untersuchen.

Jegliche Herzmuskelschwäche bei Diabetischen ist sehr zu beachten, da sie doch schon an und für sich zu Collapszuständen neigen. Bei der Prognose, die von Fall zu Fall gestellt werden muß, bedarf die Aetiologie, das Alter, Geschlecht und die Rasse der Patienten besonderer Berücksichtigung. Ferner spielen das Wesen des Diabetes, die Erblichkeit, der gesamte Körperzustand, die Complicationen eine sehr wesentliche Rolle. Im Allgemeinen ist die Prognose der Herzkrankheiten auf diabetischer Basis eine ernste, doch behauptet Verf. auf Grund reicher Erfahrung, daß in einem nicht unbedeutenden Procentsatz der Fälle teils der Diabetes, teils die daraus resultirende Herzaffection ganz zum Schwinden gebracht oder beide doch so weit beeinflußt werden können, daß die Kranken ohne besondere Beschwerden noch eine stattliche Reihe von Jahren am Leben bleiben.

Eine Prophylaxis käme nur da in Betracht, wo dem Arzt eine erbliche Disposition bekannt ist. Hier wären alle Familienangehörigen auf die ätiologischen Momente aufmerksam zu machen, welche einerseits zu Diabetes führen oder, wenn dieser vorhanden, andererseits die Entwicklung von Herzaffectionen begünstigen. Die specielle Therapie hat sich sowohl auf den Diabetes, als auch auf die Herzaffection selbst zu beziehen. Ist die letztere nicht besonders hochgradig, so empfiehlt es sich, die Glycosurie zuerst therapeutisch zu bekämpfen. Selbst in schweren Fällen von Herzaffection zieht es Verf. vor, nach einer kurzen einleitenden Behandlung, sobald nur die augenblickliche Gefahr beseitigt oder die unerträglichen Beschwerden gebessert sind, die Patienten eine antidiabetische Kur vornehmen zu lassen und später die Behandlung des Herzleidens wieder aufzunehmen. Bei der Besprechung der Behandlung des Diabetes beschränkt sich Verf. darauf, daß er einige Modificationen hervorhebt, wie sie die Complication von Herzkrankheiten und Diabetes notwendig macht. In erster Linie betont er nun, daß die medicamentöse Behandlung des Diabetes fast gar nicht in Betracht kommen kann, dagegen steht die günstige Wirkung fest, welche durch die Mineralwasserkuren von Karlsbad, Neuenahr, Vichy etc. erzielt wird. Allen voran stehen wohl die alkalisch-sulfatischen Wässer von Karlsbad. Dagegen hat Verf. von den Trinkquellen in Kissingen, Homburg, Nauheim etc. bei der Behandlung des Diabetes noch nie Nutzen gesehen. Allerdings bedarf bei diabetischen Herzkrankheiten auch eine Kur in Karlsbad besonderer Vorsicht; es empfiehlt sich, alles zu vermeiden, was den Körper im Allgemeinen oder das Herz im Besonderen schwächt oder erregt. Schwächliche Personen suche man erst zu Hause oder an einem günstig gelegenen Orte, schwerkranke Diabetische in einem Hospital oder Sanatorium vermittelst rationeller Diät aufzufüttern. Bei Patienten, welche bereits vorgeschrittene Grade von Schwäche zeigen, verzichtet man überhaupt besser auf jegliche Mineralwasserkur. Für herzkranke Diabetiker empfiehlt es sich, beim Gebrauche der specifischen Trinkwässer nie zu große Wassermengen nehmen zu lassen, ganz speciell nicht zu reichliche Quantitäten auf einmal; die Temperatur des Wassers muß mäßig warm sein.

Die Diät hat sowohl dem Diabetes, wie auch dem Herzleiden Rechnung

zu tragen. Durchschnittlich vertragen solche Kranke, insbesondere wenn die Herzaffection sich schon etwas vorgeschritten zeigt, auf die Dauer keine einseitige Eiweißkost. Glücklicher Weise ergaben die Untersuchungen von Külz, daß man den Diabetikern bei passender Auswahl auch Gemüse und einige Obstsorten gewähren kann, sofern durch genaue Beobachtung seitens des Arztes durch häufig zu wiederholende Harnanalysen festgestellt wird, was dem betreffenden Kranken zuträglich ist. In schweren Fällen von Diabetes wird man jedoch immer für kurze Zeit bisweilen auch eine strenge Eiweißdiät durchzusetzen versuchen müssen, um, sobald sich irgend welche Reizerscheinungen seitens der Nieren oder des Magendarmcanals zeigen, zur gemischten Diät überzugehen. Die größte Schwierigkeit bereitet die Einschränkung von Kartoffeln, vor allem aber von Brot. Hier kommen die von verschiedenen Seiten empfohlenen Diabetikerbrotsorten in Betracht. Des Alkohols kann man häufig gar nicht entbehren; er ist das beste Stimulans. Man gestattet dem Patienten den mäßigen Genuß der Weinsorten mit geringem Zuckergehalt. Im Uebrigen gelten die bekannten nicht nur bei Diabetes, sondern auch vor allem bei Herzkranken wichtigen diätetischen Maßregeln Ebenso bedürfen die Complicationen, wie Gicht, Magen- und Darmkrankheiten, Nierenleiden etc., besonderer Berücksichtigung. Unter allen Umständen kann nicht genug vor einem schablonenhaften Vorgehen gewarnt werden.

Ist nun die antidiabetische Kur eingeleitet resp. ein Teil derselben beendet, so erfordert das Herzleiden eine specielle Therapie; denn in den meisten Fällen besteht die Herzaffection fort. Nur bei den leichteren Fällen von Herzneurosen hat Verf. durch eine einfache Karlsbader Kur die Herzbeschwerden, und zwar bisweilen dauernd verschwinden sehen. Bei den übrigen Herzaffectionen ist selbst bei günstiger Wirkung auf die Glycosurie eine Beeinflussung des Herzens entweder nur gering oder gar nicht zu constatiren gewesen. In einzelnen Fällen, besonders wenn starke Gewichtsabnahme stattgefunden, hatte sich die Debilitas cordis sogar vermehrt; aber auch hier, d. h. wenn die Glycosurie gebessert war, hatte es, falls das Herzleiden noch nicht zu weit vorgeschritten, den Anschein, als ob die Bekämpfung der Herzbeschwerden sich rascher und leichter vollziehe, als in Fällen von unverändert fortbestehender Melliturie. Bei der medicamentösen Behandlung erheischt die Verwendung von Digitalis ganz besondere Vorsicht. Die übrigen Herzmittel verhalten sich kaum anders als bei uncomplicirten Herzkrankheiten. Die physikalische Therapie hat, abgesehen von der Diät sowie den hier in Betracht kommenden Trinkkuren, auch bei den diabetischen Herzaffectionen sich ein weites Feld erobert. Die balneologische Behandlung hat hier verschiedene Zwecke zu erfüllen, nämlich direct auf das Herzleiden einzuwirken, das Nervensystem zu kräftigen und vor allem auch die Hautpflege zu cultiviren. Für diese letzteren Zwecke genügen bei Diabetischen schon einfache Soolbäder; wo ein Herzleiden gleichzeitig mit vorhanden, wird man die kohlensäurereichen Soolthermen verwenden. Kalte Temperaturen sind stets zu meiden, in welcher Form man sie auch ver-

wenden mag. Starkes Müdigkeitsgefühl, collapsähnliche Zustände, Zittern, sowie die manchmal Stunden lang währende Empfindung, nicht mehr recht warm werden zu können, selbst wenn die Lufttemperaturen hoch genug sind, treten hier leicht auf. Aber auch heiße Temperaturen können gefährlich werden durch nachfolgende Collapszustände, oder indem sie das Nervensystem irritiren, das Herz schlaff machen und ähnliches mehr. Die Temperaturen, welche Verf. verwendet, bewegen sich meist zwischen 30 und 35° C. Man muß auch öftere Ruhepausen einschalten und darf die Badedauer nie zu lange wählen, da gerade hierdurch leicht Ermüdungs- und Abspannungszustände solcher Kranken sich einstellen. Die gymnastische Behandlung hat bei reinem Diabetes reichliche Anhängerschaft gefunden, besonders seitdem es feststeht, daß durch stärkere Muskelthätigkeit der Zucker im Urin bedeutend abnehmen, ja sogar verschwinden kann. Aber gerade bei diabetischen Herzkranken muß man mit Gymnastik ganz besonders vorsichtig sein. Jegliche Ueberanstrengung kann schaden, ja den Exitus entweder direct beschleunigen oder herbeiführen. Da der Aufenthalt im Freien solchen Patienten dringend notwendig ist, wird selbstverständlich ein Winteraufenthalt im Süden unter allen Umständen zweckdienlich sein. Diese Herzkranken sollen aber keine zu hoch gelegenen Gebirgsorte aufsuchen. Auch die Kleidung bedarf der ärztlichen Controle. Magere, herzkranke Diabetische frieren sehr rasch und bekommen leicht bronchitische Erscheinungen; andererseits neigen gutgenährte und insbesondere Fettsüchtige zu einer ganz ungewöhnlichen Schweißsecretion.

Die psychische Behandlung spielt eine hervorragende Rolle, denn die Gemütsstimmungen beeinflussen sowohl den Diabetes wie auch die Herzaffection selbst, und bei Nervendepressionen oder Aufregungszuständen sieht man entweder die eine oder andere Affection oder sogar beide sich wesentlich verschlimmern, während andererseits beruhigende Einflüsse sich sehr wohlthätig erweisen. Am leichtesten lassen sich solche Patienten, falls die Beschwerden nicht zu hochgradig sind, über ihr Herzleiden beruhigen, während ihnen die Kenntnis des Diabetes fast stets größere Sorgen bereitet. Falls nun nicht schwere Formen der Melliturie vorliegen, bei denen man wohl fast stets genötigt ist, wegen stricter Innehaltung der doch immerhin recht strengen Diätvorschriften, die Kranken von der Existenz ihrer Zuckerharnruhr in Kenntnis zu setzen, empfiehlt es sich, so lange es nur geht, den Kranken nur von ihren Herzleiden zu sprechen, den Diabetes aber unerwähnt zu lassen. Es gelingt dies in der Regel ganz anstandslos, da sich sämtliche diätetischen wie auch andere Verhaltungsmaßregeln mit Leichtigkeit als gegen das Herzleiden gerichtet geben lassen.

Lubowski.

II. Gonorrhoe und Complicationen.

Dr. Feinberg: **Krankheits-, Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei drei gonorrhoisch inficirten Kranken.** (Vortrag in der Petersburger medicin. Gesellschaft vom 14. März 1900. Wratsch 1900, No. 14.)

F. berichtet über drei Fälle aus seiner Privatpraxis, die ihm die seltene Gelegenheit boten, den Verlauf einer gonorrhoischen Erkrankung bei drei Frauen zur Zeit der wesentlichsten Functionen des sexuellen Lebens zu verfolgen.

1. Bei der 17jährigen Kranken stellten sich acht Tage nach der Verheiratung Leukorrhoe, Schmerzen in den äußeren Genitalien, häufiger Harndrang und Brennen in der Harnröhre ein. Bis zur Verheiratung war die Patentin vollkommen gesund, insbesondere hat sie niemals an Leukorrhoe gelitten; die Menses waren regelmäßig und schmerzlos. Die Untersuchung ergab gonorrhoische Entzündung der Harnröhre, der Scheide und des Canals des Gebärmutterhalses. Bei entsprechender Behandlung begannen die entzündlichen Erscheinungen nachzulassen. — Nach zwei Monaten wurde die Kranke schwanger. Während der Schwangerschaft erfreute sie sich eines befriedigenden Allgemeinbefindens, jedoch litt sie an sehr reichlicher Leukorrhoe und leichten Schmerzen in der linken Hälfte des Abdomens, wo man eine leichte Entzündung des Parametriums feststellen konnte. Die Geburt trat 30 Tage vor dem normalen Schwangerschaftsende ein und dauerte 86 Stunden. Die ersten sieben Tage nach der Geburt verliefen vollkommen glatt. Am achten Tage stellten sich Schüttelfrost und Schmerzen in der linken Hälfte des Abdomens ein. Die Krankheit dauerte unter Fieber zehn Tage. — Das Kind überstand gonorrhoische Conjunctivitis — Der Mann der Patientin hatte $4^1/_2$ Monate vor der Verheiratung zum zweiten Male Gonorrhoe acquirirt und ließ sich so lange behandeln, bis der Ausfluß vorüber war. Bis zur Verheiratung fanden sich zuweilen morgendliche Verklebungen des Meatus externus der Harnröhre; als sich bei der Frau des Kranken die Leukorrhoe einstellte, trat auch in seinem Zustande eine Verschlimmerung ein: der Ausfluß kehrte wieder zurück.

2. Die 32jährige Patientin erkrankte drei Wochen nach ihrer zweiten Heirat an deutlicher Gonorrhoe der Urethra. Der Mann der Patientin acquirirte 6 Monate vor der Verheiratung Gonorrhoe, von der er sich nun vollkommen geheilt glaubte. Weder bestand Ausfluß aus der Harnröhre, noch fanden sich Verklebungen des Meatus externus der Urethra. Jedoch enthielt der Harn Fäden, in denen Gonokokken gefunden wurden. Drei Monate nach der Hochzeit wurde die Kranke schwanger. Nach weiteren

zwei Monaten Abort, der günstig verlief; die Kranke verließ am 10. Tage das Bett. Der Weißfluß wurde eitrig und die Kranke begann über Schmerzen im Unterleib zu klagen. Als sich sechs Wochen nach dem Abort zum ersten Male die Menses einstellten, erkrankte die Patientin unter Fieber und starken Schmerzen im Unterleib. Die Untersuchung ergab Rückwärtsbeugung des Uterus und Exsudat im rechten Fornix. Mit mehrfachen Remissionen dauerte die Krankheit ca. vier Wochen und hinterließ ein Exsudat, sowie eine vergrößerte und schmerzhafte Tuba Fallopii.

3. Die 29jährige, vollkommen gesunde Frau, welche zweimal geboren hatte, inficirte sich von ihrem Manne, der an verhältnißmäßig frischer Gonorrhoe litt. Die Krankheit verbreitete sich ziemlich rasch nach oben, ergriff die Uterushöhle, die linke Tube und das Ovarium. Später wurde an der Kranken die Laparotomie wegen rupturirter Tubargravidität vorgenommen.

Bezüglich der ersten zwei Fälle nimmt Vortr. an, dass die Gonorrhoe bis zum Eintritt der Schwangerschaft auf den Canal des Gebärmutterhalses beschränkt blieb, was mit der Ansicht Bumm's übereinstimmt, dass der innere Muttermund dem Eindringen des gonorrhoischen Giftes in die Gebärmutterhöhle gewissermaßen als Hindernis dient. In den ersten beiden Fällen, in denen die Wochenbettserkrankung nach acht Tagen bezw. sechs Wochen eintrat, hat man es mit der specifischen Spätwochenbetterkrankung zu thun, welche für die Gonorrhoe charakteristisch ist. Ueberhaupt hat man bei am Ende des Wochenbetts eintretendem Fieber Grund, an Gonorrhoe zu denken.

Um zu zeigen, was für ein schreckliches sociales Uebel die Gonorrhoe ist, führt Vortr. die von manchen Autoren gegebenen Zahlen an: So sollen nach Noeggerath in New-York von 1000 verheirateten Männern 800 Gonorrhoe gehabt haben; bei 90pCt. dieser letzteren bleibt die Krankheit ungeheilt und wird dann auf die Frauen übertragen. Nach Schwarz leiden in grossen Städten von 100 verheirateten Männern 10 an chronischer Gonorrhoe, während weitere 10 sich im Laufe des ehelichen Lebens an Gonorrhoe inficiren; auf fünf verheiratete Frauen kommt in Folge dessen eine gonorrhoisch erkrankte. Sänger fand bei $^1/_8$ seiner weiblichen Klientel Gonorrhoe. Bei der Untersuchung von Schwangeren fand Oppenheimer 27pCt., Schwarz 12,4pCt. und Lomer 28pCt. der Fälle gonorrhoisch erkrankt. Nach den statistischen Zusammenstellungen von Noeggerath sind 60,5 pCt. der gonorrhoischen Frauen absolut und 13,6 pCt. relativ steril, indem die letzteren erst drei Jahre nach der ersten Schwangerschaft wieder concipiren. Glünder nimmt an, daß 71,3pCt. sämtlicher steriler Ehen durch Gonorrhoe bedingt werden. Bei gonorrhoischer Affection der inneren Genitalien leidet die Arbeitsfähigkeit der Frauen viel mehr als die der Männer und zwar nicht nur bei Gonorrhoe, sondern auch bei Syphilis, weil die Erkrankung der Ovarien und der Tuben bei der geringsten Anstrengung gleich recidivirt. In Anbetracht des schrecklichen Unheils, welches die Gonorrhoe über das Familien- und das sociale Leben bringt,

betrachtet Vortragender den Kampf mit diesem Uebel als eine dringende Notwendigkeit und als Mittel dazu die möglichst weite Verbreitung entsprechender Kenntnisse im Volke über das gonorrhoische Gift durch populäre Vorträge und Werke. Lubowski.

III. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Prof. Dr. Lang (Wien): **Syphiliscontagium und Syphilistherapie.** (Vortrag im Wiener med. Club vom 25. April 1900.)

Das Syphiliscontagium kann qualitative und quantitative Unterschiede aufweisen. So zeigt die in den Tropen acquirirte Syphilis einen ungemein schweren Verlauf. Das syphilitische Virus bleibt auch in der Leiche durch eine Zeit infectionsfähig. Die Syphilis selbst zeigt einen verschieden schweren Verlauf. Vortr. beobachtete Fälle, in welchen die im Verlöschen begriffene Vererbungsfähigkeit der Syphilis von neuem aufflackerte, z. B. bei Gelegenheit einer neuen Heirat. Die Verschiedenheiten im Verlaufe der Syphilis scheinen von der Constitution des befallenen Individuums abzuhängen in der Weise, wie auch das Wachstum anderer Infectionskeime von der Beschaffenheit des Nährbodens abhängt. Es steht fest, daß die Syphilis auch durch directe Aufnahme des Contagiums in die Säfte erfolgen kann, besonders bei Operationen an Syphilitischen. In Folge dessen bietet die Syphilis desto mehr Gefahr zur Infection, je mehr sie verheimlicht wird, um so mehr als die erste Manifestation der Syphilis, der Initialaffect, wenn er an verborgenen Stellen sitzt, nur ein geringfügiges, schnell verschwindendes, der Beobachtung sich bisweilen vollständig entziehendes Infiltrat darstellt. Was die Therapie betrifft, so käme nach Vortr. auch bei der Syphilis vor allem eine Prophylaxe in Betracht, und zwar eine solche durch Immunisirung, zu deren Studium allerdings noch ausgedehnte und zahlreiche Versuche erforderlich sind. Die Therapie selbst muss streng individualisiren und besonderes Augenmerk auf das Fernhalten äußerer Schädlichkeiten und auf gute hygienische Verhältnisse richten. Die älteste medicamentöse Therapie bestand in der Anwendung von Schmierkuren, Holztränken, Sublimatbädern und in innerlicher Verabreichung von Quecksilberpräparaten. Seit den 30er Jahren ist das Jod in die Syphilistherapie aufgenommen worden. In den letzten Jahren sind neue Präparate und Applicationsarten hervorgebracht worden; letzteren liegt die verschiedene Auffassung über die Aufnahmeart des Quecksilbers durch den Organismus zu Grunde. Von den neuen Präparaten erwähnt Vortr. lobend das Hyrgol, welches sich als mildereizendes Mittel vorzüglich zur localen Anwendung eignet. Sehr

empfehlenswert ist nach Vortr. namentlich in der Kinderpraxis die sogen. Pflasterbehandlung, wobei Vortr. für die Landpraxis das von ihm angegebene Empl. Hydrargyri oleinicum, welches von jedem Landapotheker hergestellt werden kann, empfiehlt. Die Quecksilberbäder sind nur dann wirksam, wenn sie mit electrischer Kataphorese verbunden werden. Bezüglich der subcutanen Injectionen bemerkt Vortr., daß bei denselben eine genaue Dosirung schwer ist und daß jedenfalls ein dickflüssiges Constituens gewählt werden muß, so z. B. das von ihm angegebene Gemenge von Lanolin- und Vaselinöl; ferner ist die tiefe subcutane Injection der intramuskulären Injection vorzuziehen, da bei letzterer die Gefahr einer Venenverletzung und somit einer event. Lungenembolie vorliegt Die Wirkung der internen Quecksilbertherapie ist ziemlich beschränkt. Das mildeste Quecksilberpräparat ist mit Kreide extinguirtes Quecksilber. Für Pillen eignet sich vorzüglich eine vom Vortr. angegebene Pillenmasse aus Lanolin und Milchzucker. Bei der Wahl der Behandlungsmethode, auf die es bei mittleren Fällen nicht viel ankommt, muß die Reaction des Organismus beobachtet werden. So führen z. B. Calomel- und Sublimatinjectionen häufiger zu bedeutenden localen Reactionen und verursachen oft schwere Hydrargyrose. Bei Personen, welche sich in Räumen aufhalten, wo sich mit Inunctionen behandelte Kranke befinden, kann es zu indirecter Hydrargyrose kommen. Vortr. hat sogar einen tötlich endenden derartigen Fall beobachtet. Von Jodpräparaten eignet sich Jodoform gut zu subcutanen Injectionen. Wo Jod und Quecksilber contraindicirt sind, können Decocte, so z. B. das vom Vortr. empfohlene Dec. sarsaparillae inspiss., verordnet werden. Wichtig ist, wie gesagt, eine hygienische Lebensführung der Patienten. Alkoholismus und Excesse sind zu vermeiden. Die Thatsache, daß die Syphilis bei Frauen milder verläuft als bei Männern, findet darin ihre Erklärung, daß die Frauen hygienischer leben als die Männer. Lubowski.

Prof. Finger: **Ueber die Nachkommenschaft der Hereditärsyphilitischen.** (Referat, auf Ersuchen des Organisationscomités erstattet für den 4. internationalen Congreß für Dermatologie und Syphilidologie in Paris vom 2.—9. August 1900. Wiener klinische Wochenschrift 1900, No. 17 u. ff.)

Die acquirirte Syphilis der Eltern kann der allgemein geltenden Ansicht nach bei ihren directen Nachkommen, ihren Kindern, in verschiedener Form sich äußern. Sie kann direct als Syphilis übergehen; die Kinder leiden an echter, ererbter, zu Zeiten contagiöser Syphilis. In der Mehrzahl der Fälle bleiben die Kinder gesund. Diesen gesunden Kindern wird eine gewisse absolute oder relative Immunität zugeschrieben. Schon die hereditär-syphilitischen Kinder bieten neben den Symptomen echter Syphilis Erscheinungen anderer Art dar, verschiedene Formen von Ernährungsstörungen und Entwicklungshemmungen. Welk, zart, greisenhaft bei der Geburt, bleiben sie schlecht genährt, im Wachstum zurück, lernen spät gehen und sprechen,

die Entwicklung der Haare und Zähne ist ungenügend, die Geschlechtsreife tritt zögernd und ungenügend ein, es treten Ernährungsstörungen verschiedener Art, gewisse characteristische Erkrankungen auf. Diese Erscheinungen vererben sich aber auch selbstständig, unabhängig von Vererbung der Syphilis als solcher.

Die echte hereditäre Lues ist auf den Uebergang des noch immer nicht bekannten Virus von Eltern auf die Kinder zurückzuführen; die Immunität ist auf den Uebergang immunisirender Substanzen von Eltern zum Kinde oder auf die Anregung der Production solcher im kindlichen Organismus zurückzuleiten; die letzte Reihe der „dystrophischen" Störungen ist auf eine Alteration, eine „Depravation" von Sperma und Ovulum zu beziehen, die durch die vom Syphilisvirus producirten Toxine bedingt wird. Will man also die Einwirkung der Syphilis auf die weiteren Generationen studiren, so muß man diese drei Aeußerungen der Syphilis trennen und studiren, ob 1. das syphilitische Virus, 2. die toxischen syphilitischen Dystrophien, 3. die Immunität gegen Syphilisinfection als absolute und relative sich in Generationen vererben.

1. Was die erste Frage, die Vererbung der echten Syphilis in Generationen, betrifft, so sind allerdings bereits eine Reihe casuistischer Mitteilungen bekannt, die diese Vererbung zu beweisen trachten. Wenn in einer Familie die erste Generation an acquirirter, die zweite an ererbter und die dritte an ererbter Syphilis leidet, so handelt es sich um Syphilis in drei auf einander folgenden Generationen, aber nur um Vererbung der Syphilis auf die zweite Generation, da der Proceß der Vererbung nur zweimal, von der ersten auf die zweite, von der zweiten auf die dritte Generation stattfand, nur die zweite und dritte Generation an Erbsyphilis leidet, die erste ja acquirirte Syphilis darbot. Die Bezeichnung solcher Fälle als Vererbung auf die dritte Generation ist also logisch nicht ganz gerechtfertigt, und es wäre wünschenswert, diese Fälle einheitlich als Vererbung der Syphilis auf die zweite Generation zu bezeichnen und damit zu kennzeichnen, daß der Proceß der Vererbung zweimal stattfand. Die theoretische Möglichkeit des Stattfindens eines solchen Vorganges wird von den neueren Autoren wohl ausnahmslos zugegeben, weil es bekannt ist, daß bei acquirirter Syphilis die Vererbung derselben noch lange Zeit nach der Infection, 12, 15, selbst 20 Jahre nach derselben erfolgen könne. An diese Erfahrung schließt sich die logische Folgerung an, daß auch ein Individuum, das seine Syphilis bei der Zeugung acquirirte, dieselbe noch nach 20 Jahren vererben könne, also besonders für das weibliche Geschlecht die Möglichkeit vorliege, daß eine mit Erbsyphilis geborene Frau in ihrem 18., 20. Lebensjahre ihrerseits Kinder mit von ihr weitergeerbter Syphilis gebären könne. Als weiterer Stützpunkt für die Möglichkeit der Vererbung der Syphilis auf die zweite Generation wäre geltend zu machen, daß die hereditäre Syphilis lange Zeit contagiös bleiben könne. Da nun aber solche Fälle von Vererbung und Contagiosität der Syphilis mit langer Frist, wenn auch als extreme Seltenheit, vorliegen, muß theoretisch die Vererbung der Syphilis auf die zweite

Generation, wenn auch gewiß nur als ausnahmsweises Vorkommnis, zugegeben werden. Verf. fand in der Litteratur eine Anzahl von Einzelbeobachtungen, welche er auf ihre Authenticität auf das Sorgfältigste prüfte, von folgenden Postulaten ausgehend: 1. Die vererbte Syphilis in der zweiten Generation muß zweifellos feststehen, Vater oder Mutter müssen an zweifelloser hereditärer Syphilis gelitten haben, deren Beginn auch wirklich aus den ersten Lebenswochen oder Lebenstagen datiren muß. 2. Es muß eine acquirirte Syphilis in der zweiten Generation, also eine Infection des gesunden oder eine Reinfection des syphilitischen Teiles vor der Geburt der dritten Generation unbedingt ausgeschlossen sein. 3. Die hereditäre Natur der Syphilis der dritten Generation muß zweifellos erwiesen sein. Die bisher veröffentlichten 24 Fälle entsprechen namentlich dem zweiten, allerdings schwer zu erfüllenden Postulat nicht, und so meint Verf., daß man auf Grund des bis dato vorliegenden Materials nur sagen kann, daß die Vererbung echter Syphilis auf die zweite Generation theoretisch als möglich zuzugeben sei; es liege bereits eine Zahl von Beobachtungen vor, die, wenn auch nicht absolut einwandfrei, doch in diesem Sinne gedeutet werden könne; wissenschaftlich erwiesen sei aber diese Vererbung heute noch nicht.

2. Degenerativer Einfluß der Syphilis auf die Nachkommenschaft, bezw. Vererbung syphilotoxischer dystrophischer Störungen auf die zweite Generation. Diese Frage ist deshalb noch schwieriger zu beantworten, als die erste, da der Begriff der syphilotoxischen dystrophischen Störung auch bei der Vererbung auf die erste Generation bisher nicht genau präcisirt und umschrieben ist. Trotz hervorragender Arbeiten auf diesem Gebiete ist diese Frage bisher noch nicht geklärt, weil: a) diese Dystrophien auch in Familien zur Beobachtung kommen; b) diese Dystrophien als syphilitische gar nichts Characteristisches darbieten; c) analoge Dystrophien auch in Familien zur Beobachtung kommen, wo alle bekannten ätiologischen Momente, besonders Syphilis, Tuberculose, Alkoholismus, Bleiintoxication etc. fehlen; d) solche Dystrophien, wenn syphilitischer Natur, bei den echt hereditär-syphilitischen Kindern am häufigsten vorkommen sollten, bisher aber im Gegenteil eine kleine Gruppe von Kindern, die neben echter Erbsyphilis Dystrophien darbieten, einer bedeutend größeren Gruppe von Kindern gegenübersteht, die nur Dystrophien, keine echte Erbsyphilis zeigen. Wenn nun auch zweifellos allgemeine Ernährungsstörungen, Debilität, Lebensschwäche, Infantilismus als Folge syphilotoxischer Einwirkung bei Kindern syphilitischer Eltern sich vorfinden, so muß bei der Auffassung gewisser, besonders partieller seltener Dystrophien als syphilotoxischer doch die Erwägung Platz greifen, wie weit man aus dem post hoc auf ein propter hoc schließen darf, und ist die Frage angezeigt, ob solche Veränderungen nicht auch dann zur Entwicklung gekommen wären, wenn Syphilis bei der Ascendenz gefehlt hätte. Bezüglich der Frage der Vererbung von Dystrophien auf die zweite Generation müssen, bei Beurteilung des Einzelfalles, dieselben Gesichtspunkte im Auge behalten werden wie bei der Beurteilung der vorhandenen Gruppe: 1. Es muß hereditäre Syphilis in der zweiten Generation zweifellos erwiesen sein. 2. Acqui-

rirte Syphilis in der zweiten Generation (Infection des gesunden, Reinfection des syphilitischen Teiles) muß sicher ausgeschlossen sein. 3. Auch in der dritten Generation muß eine frühzeitig acquirirte Syphilis ausgeschlossen sein. Letztere Bedingung, Ausschluß acquirirter Syphilis in der dritten Generation, ist deshalb notwendig, weil heute schon durch eine Reihe von Beobachtungen festzustehen scheint, daß dystrophische Störungen beim Kinde sich nicht nur in Folge hereditärer, sondern auch frühzeitig im Säuglingsalter acquirirter Syphilis entwickeln und dadurch eine hereditäre Dystrophie vorgetäuscht werden kann. Von diesem Standpunkt betrachtet, ist die bisherige Casuistik (31 Fälle) wohl sehr beachtenswert, aber nicht völlig beweisend. Insbesondere der Ausschluß acquirirter Syphilis in der zweiten Generation stößt auf dieselben Schwierigkeiten, wie bei der ersten Gruppe die Vererbung echter Syphilis auf die zweite Generation. Bezüglich der Vererbung der Dystrophien, dieselbe als syphilotoxische vorausgesetzt, auf die Nachkommenschaft scheint aus dem bisher Bekannten doch die Thatsache zu resultiren, daß diese Dystrophien von Generation zu Generation seltener und milder werden. Dagegen scheint die Polyletalität, die Zeugung lebensunfähiger Kinder, sich auch in der zweiten und dritten Generation ziemlich unvermindert zu erhalten Daraus würde folgen, daß die Syphilis in ihrer Einwirkung auf die Nachkommenschaft weniger zu einer Degeneration, als zur Verminderung, zur Decimirung der Rasse führt.

3. Vererbung absoluter und relativer Immunität auf die Nachkommenschaft Syphilitischer. Schon seit alter Zeit wird angenommen, daß die Nachkommen syphilitischer Eltern sich einer absoluten oder relativen Immunität gegen Syphilisinfection erfreuen. Diese Annahme basirt auf mehreren Beobachtungen: a) auf der Beobachtung, daß die Syphilis dort, wo sie schon längere Zeit endemisch herrscht, einen wesentlich milderen Verlauf darbietet; b) die Beobachtung, daß die Syphilis, zu bis dahin syphilisfreien Völkern gebracht, dortselbst im Beginn unter schweren Erscheinungen auftritt; c) auf die Erklärung und Auffassung der sporadischen Fälle von maligner Syphilis als Syphilis bei Individuen, deren Ascendenz durch mehrere Generationen syphilisfrei war; d) durch die Beobachtung, daß Mütter im contagiösen Stadium der Syphilis ihre gesunden Neugeborenen nicht inficiren (Profeta's Gesetz). Diese Beobachtungen, so beachtenswert sie sind, sind doch keine unantastbaren wissenschaftlichen Beweise von der Vererbung der Immunität und können auch in anderer Weise eine befriedigende Erklärung finden. Dem gegenüber kennt man eine Reihe von Thatsachen, welche Beweise abgeben, daß die Vererbung der Immunität, wenn sie überhaupt stattfindet, doch nur inconstant und in beschränktem Maße erfolgt, Thatsachen, die auf den Gedanken bringen müssen, die Lehre von der ererbten Immunität der Syphilis sei mehr traditionell als wissenschaftlich begründet und bedürfe einer gründlichen Revision. Diese Thatsachen sind: a) die Thatsache, daß bei acquirirter Syphilis selbst die Immunität oft eine zeitlich begrenzte ist, Reinfectionen zur Beobachtung kommen, im Verein mit der Erwägung, daß solche Reinfectionen vielleicht noch häufiger wären,

wenn nicht sociale und andere Momente, Vorsicht, Ehe und deren Surrogate, Alter,. Impotenz, der Reinfection hindernd im Wege ständen; b) die Thatsache, daß nicht wenige Fälle bekannt sind, in denen hereditär-syphilitische (14 Fälle) oder syphilotoxisch-dystrophische (137 Fälle) oder ganz gesunde Kinder (29 Fälle) syphilitischer Eltern sich mit Syphilis inficiren; c) die Thatsache, daß in diesen Fällen nicht nur absolute, sondern teilweise auch relative Immunität, ein besonders milder Verlauf der Syphilis, oft nicht zu constatiren ist. Die Thatsache, daß bei einer Zahl von Kindern syphilitischer Eltern eine Immunität, wenn überhaupt vorhanden, doch in der Pubertät, im zeugungsfähigen Alter, bereits erloschen war, ist ein Beweis, daß diese Individuen also eine Immunität auf ihre Kinder und Nachkommen nicht weiter vererben können, die Nachkommen syphilitischer Eltern also eine Immunität, absolut oder relativ, nicht zu besitzen brauchen. Aber auch die oben gegebenen Thatsachen, den Beweisen für die Vererbung der Immunität gegen Syphilis gegenübergestellt, müssen zum Nachdenken darüber veranlassen, ob man denn das Recht hat, an dem Lehrsatze von der unbegrenzten, d. h. lebenslänglichen Dauer der Immunität bei acquirirter Syphilis, an der These von der Vererbung der Immunität noch weiter festzuhalten. Lubowski.

Ludwig Spitzer (Wien): **Fall von mercurieller Polyneuritis.** (Wiener med. Club, Sitzung vom 14. März 1900, ref. nach Wiener med. Presse 1900, No. 13.)

Bei einem mit primärem Exanthem behafteten Patienten traten nach 15 Inunctionen sehr heftige continuirliche Schmerzen in beiden Beinen auf; die großen Nervenstämme waren auf Druck schmerzhaft; die motorische Kraft war beträchtlich herabgesetzt; Ataxie in den Unterextremitäten, weniger in den oberen; Reflexe stark gesteigert; Romberg'sches Zeichen. Die Pupillen reagirten prompt, Blase und Mastdarm functionirten normal. Es wurde eine Neuritis multiplex mercuriellen Ursprungs angenommen Für die Richtung der Diagnose sprach außer dem gleichzeitigen Auftreten anderer Intoxicationssymptome, wie Stomatitis, Salivation, noch der Umstand, daß die Symptome zurückgingen, sobald als die Allgemeinbehandlung ausgesetzt wurde. E. Samter.

Dr. Schulze (Kiel): **Idiosyncrasie gegen Anwendung von Hydrargyrumpräparaten.** (Monatshefte für practische Dermatologie 1900, Bd. 30, Heft 5).

Der Mitteilung des Verfasser's liegt folgender Fall zu Grunde: Ein Patient mit typischem Primäraffect bekam Calomel zum Aufstreuen. Dasselbe rief ein starkes Arzneiexanthem hervor, das nach Aussetzen des Calomels in kurzer Zeit schwand. Als sich einen Monat später über dem ganzen Körper ein maculo-papulöses Exanthem zeigte, bekam der Patient Inunctionen von nur 1 g täglich; nach zwei Tagen mußte man schon davon abstehen, weil sich wiederum ein starkes Quecksilberexanthem zeigte. Nach 14 Tagen

bekam der Patient eine Injection von 0,01 Sublimat in den linken Glutäus. Der Patient empfand keine Schmerzen, doch nach etwa 10 Minuten bekam er eine Ohnmacht, aus der er sich bald erholte. Bis zum Abend desselben Tages fühlte sich der Patient bei einer Temperatur von 36,8 und 42 Pulsschlägen in der Minute schlecht. Auf seinen Wunsch wurde die Injection trotzdem wiederholt, jedoch mit denselben unangenehmen Erscheinungen. Am dritten Tage nach der zweiten Injection stellte sich noch ein Arzneiexanthem ein. Als letzteres verschwunden war, bekam der Patient eine Pille Hydrarg. tannic. 0,1 innerlich. Wieder erschien am nächsten Tage das Exanthem, während die Lueserscheinungen im Abnehmen waren. Verf. versuchte nun die innerliche Behandlung mit H. t. in anfangs ganz kleinen Dosen und langsamer Steigerung. Er begann mit 0,01 pro Pille und stieg so bis 0,1 dreimal täglich. Der Erfolg war überraschend: Der Patient vertrug die Kur tadellos, auch bei 0,3 g täglich zeigten sich keine Quecksilberexantheme wieder. Die Erscheinungen der Lues waren sämtlich sehr schnell geschwunden. Nach Verbrauch von 12 g konnte der Patient symptomenfrei entlassen werden. Von nun an stellte sich bei dem Patienten thatsächlich Gewöhnung an die innerliche Verabreichung normaler Quecksilberdosen ein, denn es traten bei Wiederholung der Kur keine Nebenerscheinungen mehr auf.

Lubowski.

Dr. Stark (Posen): **Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Injectionen mit Hydrarg. salicyl. nebst einem Beitrage zur sogenannten Paraffinembolie der Lungen.** (Monatshefte für practische Dermatologie 1900, Bd. 30, No. 5.)

Verf. berichtet über einen Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen das salicylsaure Quecksilber, der gerade jetzt, in Betracht der immer mehr und mehr an Ausbreitung gewinnenden Behandlung mit Injectionen unlöslicher Quecksilberpräparate, von besonderem Interesse erscheint. Der betreffende Patient, der vor 1/2 Jahr seine Syphilis acquirirt und eine Injectionskur bereits durchgemacht hatte, sollte eine solche wiederum durchmachen. Verf. injicirte dem Patienten intramusculär eine halbe Pravaz'sche Spritze der bekannten Suspension: Hydrarg salicyl. 1,0, Paraffin. liqu puriss. ad 10,0. Am Tage der Einspritzung stellte sich nun bei dem Patienten Unwohlsein ein, darauf Erbrechen, welches während der folgenden fünf Tage mit Unterbrechungen anhielt und besonders häufig auftrat, sowie er feste Nahrung zu sich nahm. Am zweiten Tage traten auf Brust, Rücken, Arme und Oberschenkel rote Flecke auf, die zu schwellen anfingen und sich stellenweise zu Blasen ausbildeten. Vom sechsten Tage an gingen sämtliche Erscheinungen ziemlich rasch zurück. Da der Patient am Tage der Einspritzung eine verdorbene Hummermayonnaise zu sich genommen hatte, so konnte man event. daran denken, daß dieselbe eine Intoxication mit den geschilderten Erscheinungen zur Folge hatte. Um Klarheit darüber zu verschaffen, machte Verf. dem Patienten mit seiner Einwilligung eine nochmalige Injection desselben Mittels. Es traten genau dieselben Erscheinungen ein, nur mit dem

Unterschiede, daß sie diesmal einen Tag länger anhielten. Das zur zweiten Injection benutzte Präparat wurde mit größter Sorgfalt angefertigt und somit war jeder Zweifel behoben, daß wirklich die Injectionen des salicylsauren Quecksilbers die Ursache der Intoxication waren. Um nun weiter festzustellen, welcher Bestandteil der Suspension, d. h. ob das Quecksilber oder die Salicylsäure die Intoxication verursachte, injicirte Verf. dem Patienten eine Pravaz'sche Spritze von Calomel. vapor. par. 1,0, Olei olivar. optim. 9,0. Diese Einspritzung wurde nun sehr gut vertragen, und so zieht Verf. den Schluß, daß in diesem Fall nicht das Quecksilber, sondern das Salicyl die Intoxication verursachte.

Ferner berichtet Verf. über zwei Fälle von Lungenembolie, welche er in seiner Praxis unter 250 intramusculären Injectionen mit unlöslichen Quecksilberpräparaten gehabt hat. In dem einen Fall stellten sich die ersten Symptome (Husten, Stechen, Atemnot, Angstgefühl) ungefähr 15 Minuten nach der Injection ein. Der Patient legte sich sofort in's Bett, da er bald nachher zu fiebern anfing. Dieser Zustand hielt zwei Tage an, nach fünf Tagen trat vollkommene Heilung ein. In dem zweiten Fall trat fast gleichzeitig mit der Einspritzung heftiger Husten ein, außerdem klagte der Patient über Stiche beim Atmen und Druckgefühl über dem Sternum; hierzu gesellten sich bald ziemlich starker Schweißausbruch und Angstgefühl. Nach ca. 24 Stunden, während deren der Patient heiße Umschläge mit heiß gemachten Tellern bekam, besserte sich sein Zustand wesentlich. Der Patient blieb drei weitere Tage zu Bett, worauf er aufstand und seiner Beschäftigung ohne jegliche Störung weiter nachgehen konnte. Beide Embolien fallen unter die ersten 130 Einspritzungen, bei welchen Verf. die Canüle senkrecht in die Nates eingestoßen und das Medicament ohne Weiteres eingespritzt hat. Von dieser Zeit an verfuhr er nach der von Lesser vorgeschlagenen Methode, indem er nach dem Hineinstoßen der Nadel die Spritze abnahm, um zu sehen, ob aus der Canüle Blut herausquillt bezw. ob der Canüleninhalt sich vorbauscht, und erst dann, wenn dies nicht der Fall war, durch ganz langsames Vorschieben des Stempels die Injection ausführte. Seitdem Verf. nach dieser Methode injicirt, hat er unter den folgenden 120 Einspritzungen keine Lungenembolie gehabt. Lubowski.

IV. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. H. Lohnstein (Berlin): **Ueber die Menge des Prostatasecrets bei chronischer Prostatitis.** (Allgem. med. Centralzeitung 1900, No. 22.)

Verf. hat bei ungefähr 80 an chronischer Prostatitis leidenden Kranken die Menge des durch Massage entleerten Drüsensecrets untersucht. Bei fast allen handelte es sich, abgesehen von den objectiv nachweisbaren Sym-

ptomen (Defäcations-, Mictionsprostatarrhoe etc.), um seit mindestens einem Jahre bestehende subjective Klagen, abnorme Sensation im Mastdarm und Leistengegend. In etwas über 70 Fällen war Gonorrhoe Ursache des Leidens. Der Rest verteilt sich ätiologisch auf Onanie und Coitus interruptus intra und extra matrimonium. In einer relativ großen Zahl von Fällen konnte Verf. längere Untersuchungsreihen von 10—12 Einzeluntersuchungen bei derselben Person anfertigen. Im Ganzen hat Verf. 536 Einzeluntersuchungen ausgeführt. Stets wurde so lange massirt, bis sich keine Spur von Secret mehr am Orificium externum zeigte.

Absolut negativ war das Ergebnis in vier Beobachtungen. In den übrigen Fällen ergab die Untersuchung ein positives Resultat und zwar wurden entleert:

zwischen 0,01—0,1 in 164 Beobachtungen (ca. 30 pCt.);
„ 0,1 — 0,5 in 285 „ (ca. 53 pCt.);
„ 0,5 —1,0 in 57 „ (ca. 11 pCt.);
„ 1,0 —3,0 in 26 „ (ca 5 pCt).

Dem Minimum der abgemessenen Secretmenge (0,02 ccm) steht ein Maximum von 2,95 ccm gegenüber. Im Allgemeinen ergab sich aus den Resultaten, daß eine gewisse Gleichmäßigkeit in der Menge des ausmassirten Secrets prognostisch günstig aufzufassen ist, allerdings nur, wenn es sich nicht um Mengen über 0,5 ccm handelt. Gelegentliches Ansteigen der Menge des ausmassirten Secrets deutet in der Regel auf Retention innerhalb der Prostata, eine Erscheinung, welche Fürbringer und Finger gleichfalls beobachtet haben. Als Ursache derselben bezeichnet Finger erstens Verengerung der Mündung des Ductus oder Rigidität der Wand des Canals in Folge von entzündlicher Infiltration. Nach Verf. kommt als drittes ursächliches Moment die mechanische Wirkung des Coitus reservatus hinzu. Durch die plötzliche Contraction, mit welcher hier im Moment der Expulsion des Samens letztere gehemmt wird, muß eine ähnliche, vielleicht noch stärkere Rückstauung des Hodensecrets in den innerhalb der Prostata liegenden Divertikeln erfolgen. Durch gewohnheitsmäßige Ausübung des Coitus reservatus kommt es zuweilen zu einer cystenartigen Erweiterung dieser Canäle, welche dann entweder mit Prostatasecret allein oder aber mit Prostatahodensecret angefüllt sind. In den ausgesprochenen Fällen kann man diese Divertikel bei der Massage per rectum deutlich nachweisen. Enthalten sie Spermatozoen, so sind letztere bei den ersten Massagen gewöhnlich abgestorben, bei späteren Sitzungen gelingt es dann zuweilen noch, lebende herauszumassiren, welche offenbar noch nicht lange in dem Divertikel gesessen hatten. Schließlich verschwinden sie völlig aus dem durch Expression gewonnenen Secrete, zum Beweise, daß durch die systematische Massage eine Rückbildung des Processes erzielt worden ist. In anderen Fällen handelt es sich um eine mehr oder minder constante Menge spermatozoenfreien Secrets, welche gelegentlich durch eine plötzliche Steigerung unterbrochen wird. Mehrmals hat Verf. gerade in derartigen Producten Haufen bewegungsloser Spermatozoen beobachtet.

Am characteristischsten jedoch tritt der Einfluß, welcher dem Sperma-Samenblasensecret auf die Quantität des Prostatasaftes bei Prostatitis zukommt, hervor, wenn man die Mengen der Massageproducte bei den einzelnen Kranken, bei denen überhaupt gelegentlich Spermatozoen im Secret beobachtet wurden, derartig gegenübergestellt, daß die Durchschnittsmengen der spermatozoenhaltigen mit den spermatozoenfreien Excreten verglichen werden können Aus einer hierher gehörigen, 18 Fälle umfassenden Untersuchungsreihe folgt, daß die Menge des Massageproductes bei Gegenwart von Spermatozoen in der Regel erheblich vermehrt ist. Von practischer Bedeutung ist dieser Befund insofern, als er beweist, daß es bei Prostatitis chronica nicht allein zu Secretionsstörungen der Prostata, sondern auch zu motorischer Insufficienz kommt.

Die Zunahme des Drüsensecrets bei Anwesenheit von Spermatozoen deutet darauf hin, daß bei chronischer Prostatitis selten eine gewisse Menge von Hoden-Samenblasensecret innerhalb der Prostata retinirt ist, so daß hieraus eine Steigerung der Gesammtmenge des aus der Prostata exprimirten Secrets resultirt Ob diese Retention durch Obliteration der Ausführungsgänge zu Stande kommt, oder ob sie nicht ähnlich wie die Harnretention durch Insufficienz der Musculatur und der Prostatamusculatur entsteht, entscheidet Verf. nicht; er meint nur, daß letzteres Moment jedenfalls nicht selten ätiologisch wirksam sei. In anderen Fällen scheint übrigens bei Spermaretention innerhalb der Prostata die Vermehrung des durch die Prostatamassage exprimirten Inhalts der Prostata auch auf einer reflectorischen Vermehrung des Prostatasecrets selbst zu beruhen. Hierfür spricht die mehrfach von Verf. beobachtete Zunahme der Acidität des gesamten spermatozoenhaltigen Secrets gerade in denjenigen Fällen, in welchen die Menge des Massageproductes sehr bedeutend war. Diese Beobachtung, meint Verf., hätte nicht gemacht werden können, wenn das alkalische Hodensecret einen erheblichen Anteil an der Gesamtmenge gehabt hätte. Casper.

Freudenberg (Berlin): Neue Mitteilungen zur galvanocaustischen Radical-Behandlung der Prostata-Hypertrophie per vias naturales (Bottini'sche Operation). (Deutsche Medicinal-Zeitung 1900, No. 1 u. ff.)

Verf., der bekanntlich einer der eifrigsten Anhänger und auch Förderer der Bottini'schen galvanocaustischen Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie ist, berichtet in vorliegender Arbeit über einige weitere von ihm mit der Bottini'schen Operation behandelte Fälle. Seine gesamten Erfahrungen umfassen nunmehr 56 Fälle, in denen die Bottini'sche Operation 71 mal ausgeführt worden ist. Ein Teil dieser Fälle bildete bekanntlich den Gegenstand eines Vortrags auf dem XII. internationalen medicinischen Congreß zu Moskau, und zwar in der chirurgischen Section in der Sitzung vom 21. August. Verf. beabsichtigt später in einer größeren Arbeit seine sämtlichen Fälle der Reihe nach zusammenzustellen. In vorliegender

Arbeit beschränkt er sich darauf, einige besonders beweiskräftige Fälle auszuwählen, die den Wert der Bottini'schen Operation darthun. Die hier mitgeteilten Fälle zeichnen sich besonders dadurch aus, daß sie nicht relativ kurz nach der Operation, sondern, nachdem eine längere Zeit seit derselben verflossen, zur Publication gelangen und dementsprechend ein Urteil nicht nur über den Grad, sondern bereits auch über die Beständigkeit der Erfolge gestatten. Verf. geht hierbei von der Absicht aus, dazu beizutragen, daß die Kenntnis der Bottini'schen Operation und ihre Erfolge Gemeingut aller Aerzte werde und daß alle an Prostatahypertrophie leidenden Kranken rechtzeitig zur Operation kommen, d. h. dann, wenn man ohne die Operation ihnen den Katheter in die Hand geben müßte. Verf. geht nämlich von dem Standpunkt aus, daß die Anwendung des Katheters, welcher selbst in der Hand des vorsichtigen und erfahrenen Arztes beim Prostatiker niemals ganz ungefährlich ist, bei Selbstanwendung durch den Patienten fast unvermeidlich zur Infection führt. Verf. ist in Folge dessen fest überzeugt, daß der dauernde Selbstkatheterismus des Patienten wesentlich gefährlicher ist, als die rechtzeitig und mit geeigneter Technik ausgeführte Bottini'sche Operation.

Ohne auf die Fälle, über welche Verf. ausführlich und im Zusammenhang später berichten will, jetzt einzugehen, wollen wir der vorliegenden Arbeit nur die Statistik der vom Verf. mit der Bottini'schen Operation bisher erhaltenen Resultate, worauf es doch hauptsächlich ankommt, entnehmen. Wie gesagt, hat Verf. bis jetzt die Bottini'sche Operation im Ganzen 71 mal bei 56 Patienten ausgeführt, 5 mal bei 5 Patienten mit dem „Cauterisator prostatae" (Fälle von chronischer Prostatitis mit sexueller Neurasthenie), 66 mal bei 51 Patienten mit dem „Incisor prostatae". Von letzteren wurden bei 38 Patienten je eine Sitzung, bei 11 Patienten je zwei Sitzungen, bei 2 Patienten je drei Sitzungen vorgenommen. Die 5 Operationen mit dem Cauterisator verliefen alle glücklich; von den 51 mit dem Incisor operirten Patienten starben 4 in Folge der Operation (7,1 pCt. auf sämtliche 56 Patienten berechnet, 7,8 pCt. nur auf die 51 mit dem „Incisor" operirten Patienten berechnet). Einer davon (68jähriger Patient) ging an embolisch-pneumonischen Processen zu Grunde, der zweite (76jähr. Patient) an Blasenverletzung in Folge des entsprechend der Vorschrift Bottini's damals noch vom Verf. geübten Operirens bei leerer Blase, der dritte (64jähriger Patient) an, vielleicht hypostatischer, Bronchopneumonie. Der zweite davon ist sicher, der dritte mit hoher Wahrscheinlichkeit der Unvollkommenheit der damals noch üblichen Technik zur Last zu legen. Zwei weitere Fälle (beide 78jährige Patienten) starben 24 Tage resp. 49 Tage nach der Operation an bereits lange vor derselben bestehender chronischer Pyelonephritis. Sie sind nach Ansicht des Verf.'s nicht direct auf das Conto der Operation zu setzen, wenn man auch die Möglichkeit zugeben muß, daß die Operation beschleunigend auf den Verlauf gewirkt hat. Jedenfalls müssen sie eine Mahnung sein, die Kranken „rechtzeitig", d. h. bevor der Katheter eine Infection gesetzt hat, und insbesondere, bevor die Nieren mitergriffen

sind, zur Operation zu bringen. Will man diese beiden Fälle noch für die Mortalität der Operation hinzurechnen, so würde dieselbe allerdings auf 10,7 pCt. von sämtlichen 56 Patienten, auf 11,76 pCt. von den 51 „Incisor“-Patienten steigen. Uebrigens bestand auch bei den 4 ersterwähnten Todesfällen bereits vor der Operation chronische Pyelitis resp. Nephritis. Fälle, deren Nieren intact waren, hat Verf. überhaupt nicht verloren. Ebenso hat er bei Wiederholung der Sitzungen bisher nie einen Patienten verloren. Von den 50 mit dem Incisor behandelten Fällen sind 25 = 50 pCt als geheilt, 13 = 26 pCt. als wesentlich gebessert zu bezeichnen; das würde zusammen 38 = 76 pCt. „gute Resultate“ ergeben. 6 = 12 pCt. müssen als Mißerfolge bezeichnet werden; doch Verf. hofft, daß von diesen noch 2 Patienten sich zu einer weiteren Sitzung entschließen und damit event. in die Categorie der „guten Resultate“ aufrücken werden. Bei einem der Mißerfolge stellte sich erst später das Vorhandensein eines Steines als wesentliche Ursache der Beschwerden heraus, der mit der Steinsonde nicht gefühlt werden konnte; Cystoskopie war unmöglich gewesen. Lubowski.

Dr. Illyés (Budapest): **Ueber Behandlung der Hydrocele und über das Winkelmann'sche Verfahren.** (Ungarische med. Presse 1900, No. 11—12.)

Die Behandlung der Hydrocele bezweckt, die mit Endothel ausgekleidete Höhle, in der sich die Flüssigkeit angesammelt hat, zum Verschwinden zu bringen, um ein Recidiv auszuschließen. Dieser Zweck läßt sich durch verschiedene Injectionsverfahren erreichen, indem man nach Entfernung der Flüssigkeit in die Höhle eine Substanz hineinbringt, welche die Verwachsung der Höhlenwandungen bewirkt, oder aber durch verschiedene blutige Verfahren.

Am häufigsten verwendet man als Injectionsflüssigkeit das Jod in Form der Jodtinctur, der Lugol'schen Lösung oder in Form von Jodoform-Glycerin. Die Erfolge der Jodtherapie sind jedoch nicht als besonders glänzend zu bezeichnen, weil in 10—15 pCt. der Fälle Recidive auftreten. Außer Jod kommen folgende Substanzen zur Anwendung: concentrirte Carbolsäure in 5—10proc. Lösung in Wasser oder Glycerin, Zincum sulf. (0,25 : 32), Chlorzinklösung (8 pCt.), Ergotin (0,03—0,06 auf 20 Tropfen Wasser), Alkohol, Chloroform, Sublimat 1 ‰, Tct. Digitalis etc.

Von den operativen Verfahren, welche bei der Hydrocele in Betracht kommen, erwähnt Verf. das Volkmann'sche, das Bergmann'sche und geht besonders ausführlich auf das von Winkelmann ein, welches von Prof. Dollinger an der ersten Universitätsklinik zu Budapest eingeführt wurde. Die Winkelmann'sche Operation wird auf folgende Weise ausgeführt: Das Operationsgebiet wird durch Injection von Schleich-scher Lösung anästhesirt. Hautschnitt, Aufschneiden des Hydrocelensackes in einem solchen Umfange, daß der Hoden durch die gesetzte Oeffnung herausgebracht werden kann. Nach Ausfließen der Hydrocelenflüssigkeit wird der Hoden durch die Oeffnung vorgezogen und die Tunica vag.

propria handschuhfingerartig umgestülpt, so daß die Oeffnung an die Stelle des Eintrittes des Funicul. sperm. in den Hoden, neben den Nebenhoden gelangt; damit die umgestülpte Tunica sich nicht zurückwenden kann, wird die an die Tunica vag. prop. gesetzte Oeffnung, durch die der Hoden herausgebracht wurde, durch 1—2 Knopfnähte verkleinert, dabei jedoch Acht gegeben, daß der ganze Hoden samt dem umgestülpten Sacke in den Scrotalsack zurückversetzt wird, so daß die Oberfläche der umgestülpten Tunica vag. propria in ihrem ganzen Umfange die bindegewebige Tunica vag. com. berührt. Das Zurückbringen des Hodens in den Scrotalsack ist oft schwer, da die Wundhöhle sich contrahirt. Dollinger geht nun jetzt so vor, daß er mit seinen in die Wundhöhle gebrachten zwei Fingern die Gewebe stumpf trennt, bis er eine solche Höhle geschaffen, in der der Hoden samt seiner umgestülpten Tunica Platz hat. Die Hautwunde wird durch Nähte verschlossen und mit in Collodium getränkten Gazestreifen resp. mit von Dollinger verwendetem Kautschukpapier, das in dem darauf gegossenen Chloroform aufgelöst wird, bedeckt.

Die geschilderte Operation wurde an der bezeichneten Klinik 12 mal ausgeführt, wobei in sämtlichen Fällen Heilung per primam eintrat. Die Kranken standen am dritten Tage auf und konnten am achten Tage als vollkommen geheilt, allerdings mit Suspensorium, entlassen werden.

Ein großer Vorteil der Winkelmann'schen Operation besteht darin, daß man sich durch directe Besichtigung von dem Zustande des Hodens, des Nebenhodens, der Hülle überzeugen und so von Fall zu Fall sich entscheiden kann, eine vielleicht zweckentsprechendere Operation zu machen. Die Technik der Operation ist ferner ungemein leicht und einfach, die Operation kann unter Schleich'scher Anästhesie vollkommen schmerzlos gemacht werden und dauert sehr kurze Zeit.

In Fällen, in denen die Tunica stark verdickt ist oder andere pathologische Veränderungen bestehen, ist die Bergmann'sche Operation, d. h. die Resection der pathologisch veränderten Tunica indicirt.

Lohnstein.

V. Blase.

Privatdocent Leopold Casper: **Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberculose.** (Vortrag im Verein für innere Medicin in Berlin vom 30. April 1900. Originalbericht.)

Die Auffassung von der Entwicklung und Verbreitung der Urogenitaltuberculose ist bis auf den heutigen Tag noch keine einheitliche. Die Einen nehmen an, daß das Leiden von den Nieren auf die Genitalorgane descendire die Anderen, daß, die Möglichkeit dieser Entstehung zugegeben, der Proceß

von letzteren ausgehe und zum Harntractus ascendire. Demgemäß ist auch die Therapie strittig, so, ob und wann eine tuberculöse Niere zu operiren, ob eine tuberculöse Blase überhaupt, und wenn, wie sie therapeutisch anzugreifen sei. Vortr. verfügt über ein Material von 35 verwertbaren Fällen von Blasentuberculose. Außer der Blase waren hier noch erkrankt in 14 Fällen die Nieren, in 7 die Genitalien, in 5 die Lungen, in 2 bestand Gelenktuberculose, in 1 Fall Lupus, in 3 Fällen allgemeine Tuberculose, in 3 Fällen war die Blase allein erkrankt. In 11 der mit Nierentuberculose complicirten Fälle schien nach dem klinischen Befund und der Anamnese die Niere der primäre Sitz des Processes zu sein. In einigen Fällen war erhebliche Belastung nachweisbar. Was die Fälle betrifft, in denen zuerst der Genitalapparat erkrankt war, so war eine tuberculöse Infection durch die Cohabitation nicht nachzuweisen, wenn auch die Möglichkeit einer derartigen Infection im Allgemeinen zugegeben werden muß. Wichtiger ist das Verhältnis der Gonorrhoe zur Entstehung der Blasentuberculose. Vorausgegangene Gonorrhoe wurde von verschiedenen Autoren in vielen Fällen von Blasentuberculose beobachtet. Nach Klebs soll sogar acuteste Miliartuberculose im Anschluß an eine gonorrhoische Erkrankung der Urethra und Prostata vorgekommen sein, ohne daß in diesen Fällen eine vorhergegangene tuberculöse Affection nachzuweisen war. Jedenfalls sind gonorrhoische Erkrankungen bei tuberculös belasteten Individuen besonders sorgfältig zu behandeln.

In den 35 Fällen des Vortragenden war 12mal Gonorrhoe vorausgegangen, doch ließ sich nur selten eruiren, wie lange Zeit nach der Gonorrhoe sich die Blasentuberculose entwickelt hatte. Nur in drei Fällen hatte sich die letztere in directem Anschluß an die Gonorrhoe entwickelt, und zwar derart, daß diese und ihre Folgeerkrankung noch nicht erloschen waren, als bereits Blasentuberculose constatirt wurde, während vor der gonorrhoischen Erkrankung nichts davon bemerkbar gewesen war. Der eine Fall ist ein Typus derjenigen Entstehung der Blasentuberculose aus der Gonorrhoe, die Vortr. für die häufigere hält. Es trat bei dem 27jährigen jungen Mann fünf Wochen nach Beginn der noch andauernden Gonorrhoe eine rechtsseitige Epididymitis auf, welche nicht wie üblich verlief, sondern eine harte, wenig schmerzhafte, höckerige Induration zurückließ, der nach Verlauf von einigen Monaten knotige Erhebungen am Vas deferens folgten. Zu dem noch fortbestehenden Ausfluß aus der Harnröhre gesellten sich nun Erscheinungen eines heftigen Blasencatarrhs hinzu, die der gewöhnlichen und sonst bei gonorrhoischer Cystitis kaum je versagenden Therapie nicht wichen, sondern sich im Gegenteil verschlimmerten. Dieser Umstand legte den Gedanken an eine Tuberculose nahe, und beim ersten Suchen fanden sich auch die Tuberkelbacillen. Weder in der Prostata, noch in den Nieren konnte etwas Pathologisches nachgewiesen werden. Hier war offenbar der Nebenhode zunächst tuberculös geworden und von diesem aus hatte sich mit oder ohne Vermittelung der Prostata der tuberculöse Proceß auf die Blase verpflanzt. Ungefähr das gleiche Bild boten auch die anderen zwei

Fälle, und Vortr. gelangt auf Grund dieser seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, daß die Gonorrhoe, namentlich die der Blase, einem Trauma gleich zu setzen ist, das besonders bei belasteten Individuen eine für die Entwicklung der Tuberculose günstige Prädisposition liefert, ähnlich, wie es bei der Syphilis der Fall ist. Diese Annahme ist um so mehr berechtigt, als man weiß, daß die von der gonorrhoischen Urethra fortgeleiteten Blasencatarrhe in ihrer großen Mehrzahl mit Blutungen einhergehen.

Die Symptome einer tuberculösen Cystitis sind im Allgemeinen mit denen der übrigen Formen identisch: Schmerz beim Uriniren und auch unabhängig davon, Harndrang und eitriger Urin. Blut ist manchmal makroskopisch, manchmal nur mikroskopisch erkennbar, fehlt aber in sehr vielen Fällen gänzlich. Tuberkelbacillen findet man nach den Beobachtungen des Vortragenden nur in 50 pCt. der Fälle. Die Häufigkeit des Harnbedürfnisses ist in manchen Fällen fast normal, in anderen gesteigert, während in einer dritten Categorie von Fällen ein entsetzlich quälender, schmerzhafter, nicht einmal durch die stärksten Narcotica zu beseitigender Harnzwang beobachtet wird. Zur ersten Gruppe gehörten von den Fällen des Vortragenden 14, zur zweiten 10, zur dritten 11. Der gesteigerte Harnzwang, der doch auf eine verminderte Blasencapacität zurückzuführen ist, ist in vielen Fällen als ein Cystospasmus zu deuten, jedenfalls nicht immer durch einen Schrumpfungsproceß der Blasenwände zu erklären. Letzterer bedeutet Erkrankung der tieferen Schichten der Blase und bedingt eine dauernde Verengerung der Harnblase, während der Cystospasmus bei oberflächlicher Erkrankung der Harnblase auftritt und gebessert bezw. vollkommen geheilt werden kann. Zur Unterscheidung der beiden Hauptformen, der primären oder von dem Genitalapparat fortgeleiteten und der descendirenden Tuberculose, bringt das Cystoskop erfolgreiche Unterstützung, wenn auch die Tuberculose der Harnblase im Allgemeinen keine specifischen Bilder giebt. Mehr Characteristisches bietet die Localisation des Krankheitsprocesses. Während nämlich die Processe bei den primären Fällen vorzugsweise die hintere Blasenwand betreffen, bei den von den Genitalien fortgeleiteten Fällen sich von dem Fundus bis nahe zum Sphincter hin erstrecken und auf die seitlichen Partien der Blase übergreifen, zeichnen sich die descendirenden Formen dadurch aus, daß der tuberculöse Herd sich an der Urethra etablirt. Jedoch soll man, wenn es nicht nötig ist, bei Tuberculose der Blase überhaupt nicht cystoskopiren. Die Cystoskopie verlangt eine Ausdehnung der Blase, und diese ist für die Kranken außerordentlich schmerzhaft und auch schädlich. Fast ausnahmslos wird der Proceß dadurch vorübergehend verschlimmert und zuweilen auch propagirt.

Ein weiteres wertvolles Zeichen für die Diagnose der Blasentuberculose ist der Einfluß der Therapie. Ein Fall ist im hohen Grade verdächtig, wenn die Cystitis unter der üblichen Cystitistherapie sich nicht bessert oder gar verschlechtert. In diesem Fall hat man es entweder nicht mit einer

reinen Cystitis, sondern mit einer mit Pyelitis vergesellschafteten zu thun, oder mit einer Blasentuberculose. Erstere Eventualität läßt sich nun leicht ausschließen, weil wir mit unseren gegenwärtigen Untersuchungsmethoden im Stande sind, eine Pyelitis zu diagnosticiren.

Die Therapie der tuberculösen Cystitis ist eine allgemeine diätetisch-hygienische, eine interne, locale und operative. Auch kommt eine Combination mehrerer dieser Heilmethoden in Betracht. In jedem Fall ist eine allgemeine reborirende, diätetisch-hygienische, die Widerstandsfähigkeit des Organismus erhöhende Behandlung indicirt. Dieselbe ist mit den bei Tuberculose anderer Organe einzuschlagenden Maßnahmen identisch. Bezüglich der localen Therapie teilte früher Vortragender mit vielen anderen Autoren den Standpunkt, nach dem locale Eingriffe der Blasentuberculose unter allen Umständen auszuschließen seien. Gegenwärtig ist Vortragender auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ueberzeugung gelangt, daß man mit zweckmäßig geleiteten localen Maßnahmen oft recht Gutes bei der Blasentuberculose zu leisten, in einzelnen Fällen sogar Heilung herbeizuführen vermag. Nur muß dabei als oberster Grundsatz gelten, daß die tuberculöse Blase niemals durch Spülungen ausgedehnt werden darf. Vortragender führt 5 bis 10 ccm Flüssigkeit mittels weicher Instrumente ein und findet dieses Verfahren vorteilhafter als die von Guyon befürworteten Instillationen. Von sämtlichen zur localen Behandlung der Blasentuberculose empfohlenen Mitteln haben sich dem Vortragenden nur zwei bewährt: die Milchsäure und das Sublimat. Die erstere hat Vortragender jedoch in letzter Zeit gänzlich verlassen, weil deren Anwendung mit ganz enormen Schmerzen verknüpft ist, und wendet nunmehr ausschließlich das Sublimat an. Mit diesem Mittel hat er bereits 20 Fälle behandelt und 14 mal Besserung, 2 mal Heilung erzielt, während das Mittel sich in 4 Fällen als machtlos erwies. Anfangs gebraucht er das Sublimat in Form von Instillationen in Lösungen von 1 : 10000 bis 1 : 1000. Mit der fortschreitenden Besserung steigt er mit der Quantität bis 50 ccm, die er den Patienten so lange in der Blase zurückhalten läßt, als er es ohne großen Schmerz zu thun vermag. Niemals aber darf so viel eingeführt werden, daß der Kranke schon bei der Einspritzung durch die Ausdehnung der Blasenwände Schmerzen hat. Auch sind die Sitzungen höchstens 2 mal wöchentlich zu wiederholen. (Es folgt nun eine ausführliche Schilderung zweier Fälle, welche Vortr. mit Sublimat erfolgreich behandelt hat.)

Nicht gerade einfach ist es nun, sich darüber auszusprechen, wann und unter welchen Umständen man mit der örtlichen Behandlung beginnen soll. In dieser Richtung betont Vortr. vor allem, daß er eine toxische Wirkung des Sublimats bei der angegebenen Anwendungsweise niemals beobachtet hat. Ferner weist er darauf hin, daß es sich meist bald ausweist, ob der Fall für die Sublimattherapie geeignet ist oder nicht. Wenn nämlich das Sublimat überhaupt wirkt, so thut es das fast mit Sicherheit schon bei der ersten oder zweiten Einträufelung. Sieht man nach 3 bis 4 Applicationen keinen Erfolg, so stehe man davon besser ab, dieses Verfahren zu gebrauchen Die augenfälligste Wirkung des Sublimats ist, nachdem das Reactionsstadium

vorüber, das Nachlassen oder gänzliches Aufhören der Schmerzen. Der Harndrang läßt nicht ganz so prompt nach. Deshalb ist die Sublimatbehandlung besonders für die Fälle der dritten Categorie indicirt. Jedenfalls ist auch die Sublimattherapie mit großer Vorsicht durchzuführen, bei elenden Personen erst nach Hebung des Allgemeinbefindens. Nach Vortr. soll man kein Bedenken tragen, dem Kranken kräftige Nahrung und auch Wein zu geben; die Befürchtung, die Harnorgane zu reizen, die nicht einmal immer begründet ist, muß zurücktreten gegen das Hauptgebot, den Organismus zu kräftigen.

Die operative Behandlung der Blasentuberculose besteht in Eröffnung der Blase entweder vom Perineum oder von der Gegend über der Symphyse aus, in Auskratzen, Ausbrennen oder Ausschneiden der Ulcerationen, ja sogar in partieller oder totaler Abtragung der Schleimhaut. Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen erklärt Vortr. einen operativen Eingriff bei Blasentuberculose jedoch nur dann als zulässig, wenn man mit Sicherheit nachweisen kann, daß sich der tuberculöse Proceß auf einzelne umschriebene Partien beschränkt. Hiervon sind noch manche derjenigen Fälle auszuschließen, in welchen mehrfache andere tuberculöse Localisationen bestehen, ferner diejenigen, in welchen die Tuberculose von den Nieren herabgestiegen ist; in letzterem Falle heilt bisweilen die Blasentuberculose nach Exstirpation der tuberculösen Niere spontan aus. Vortr. glaubt, daß in den wenigen noch übrig bleibenden Fällen die Operation noch weiter eingeschränkt werden müsse, von dem Standpunkt ausgehend, daß in Folge operativer Eingriffe Verallgemeinerung der Tuberculose auftreten kann. Man kann es um so mehr thun, als man durch sachgemäße, combinirte, allgemein-hygienische, interne und örtliche Behandlung der Blasentuberculose im Stande ist, die Beschwerden vieler dieser Kranken zu lindern, ihr Leiden zu bessern, ja ihr Leiden sogar gänzlich zu beseitigen. Lubowski.

G. Kolischer (Chicago): **Das retrostricturale Oedem der weiblichen Blase.** (Centralblatt für Gynäkologie 1900, No. 17.)

Die Stricturen der weiblichen Harnröhre gewinnen bei sorgfältiger Beobachtung der einschlägigen Fälle immer mehr Bedeutung für die Pathologie auch der Blase; namentlich sind es jene Stricturen, welche bei Individuen auftreten, deren Genitalien entweder jungfräulich sind, oder die niemals an Gonorrhoe oder Syphilis gelitten haben, oder deren Geschlechtswerkzeuge niemals dem Insulte einer Geburt ausgesetzt waren. Es ist nämlich kein Zweifel mehr, daß es auch in der weiblichen Harnröhre Stricturen giebt, welche congenital sind oder unabhängig von den uns als Ursachen geläufigen Entzündungs- oder Vernarbungsprocessen entstehen. Diese Stricturen sind erzeugt durch fibröses, spangenförmig in die Urethralwand eingelagertes Gewebe und tragen alle Zeichen der sog. elastischen Stricturen an sich; sie lassen selbst die dicksten Sonden ohne wesentlichen Widerstand passiren, werden aber durch Olivenbougies erkannt, indem die Olive, nachdem sie die Strictur passirt hat, bei dem Versuche des Zurückziehens von den elastischen

Fasern arretirt wird. In dem endoskopischen Bilde manifestiren sich diese elastischen Stricturen durch das Vordringen von weißlichen, glänzenden Leisten. Während in manchen Fällen solche Stricturen für lange Zeit wenig oder gar keine Symptome machen, erscheinen in anderen Fällen sehr schwere und auffallende Beschwerden. Die Patienten haben permanenten Harndrang und Kitzeln in der Blase, der Urin ist sehr oft getrübt durch Epithelialfetzen und Detritus. Nach einiger Zeit wird die Blase der Sitz heftiger, quälender Schmerzen, im Urin erscheinen necrotische Gewebstrümmer und Eiter, bisweilen auch Blut. Die cystoskopische Untersuchung der Blase klärt die Sachlage auf. Man findet in allen Fällen von elastischen Stricturen der Harnröhre, welche Symptome machen, ein mehr oder weniger entwickeltes Oedem der inneren Harnröhrenmündung, welches sich verschieden weit in die Blase erstreckt. In manchen Fällen kommt es zur Bildung eines Substanzverlustes, der in Folge der ungünstigen Circulationsverhältnisse nicht ausheilt, sondern sich in ein Geschwür umbildet. Die Geschwüre treten nur als Solitärgeschwüre auf. Jede Therapie bleibt erfolglos, wenn nicht die Ursache des Oedems, die Strictur, dauernd weggeschafft wird. Nun liegt die definitive Heilung einer elastischen Strictur nur in der operativen Durchtrennung; dieses geschieht am einfachsten und zweckmäßigsten durch innere Urethrotomie. Immerwahr (Berlin).

Dr. I. Pollitzer: **Ueber zwei seltene Fälle von Perforation in die Blase.** (Wiener klin. Rundschau 1900, No. 19 u. 20.)

1. Fall. Ein Knochensequester nach Coxitis in der Blase. Der Fall betrifft einen 12jährigen Knaben mit hereditärer Belastung von Seiten der Mutter, die an scrophulösen Drüsenentzündungen litt und wegen einer fistulösen Hüftgelenkserkrankung operirt wurde. Der Knabe selbst erkrankte in seinem sechsten Lebensjahre gleichfalls an einer rechtsseitigen Hüftgelenksentzündung, die bald unter Schwellung der umgebenden Weichteile zum Durchbruch nach außen führte. Damals traten schon Harnbeschwerden auf, indem der Knabe bisweilen beim Uriniren stark pressen mußte und kurze Zeit auch trüben, eitrigen Harn entleerte. Der coxitische Proceß heilte ab, wiederholte sich aber ein Jahr später wieder. Es bildete sich ein Absceß am Damme, aus dem sich spontan und besonders beim Uriniren Harn entleerte. Schließlich heilte auch diesmal der coxitische Proceß mit Verkürzung der rechten unteren Extremität aus. Einige Jahre später erkrankte der in der Zwischenzeit angeblich gesunde Knabe plötzlich unter heftigem Fieber an Kopfschmerzen, Husten und Harnbeschwerden. Es bestand starker Harndrang, der Urin war trübe und blutig. Zugleich trat ein blutig-eitriger Ausfluß aus der Harnröhre auf. In den folgenden Tagen fühlte der Patient beim Sitzen und Gehen Schmerzen in der Gegend des Hodenansatzes, denen am Perineum eine gerötete schmerzhafte Anschwellung entsprach. Am Tage vor der Aufnahme in das Krankenhaus entleerte der Knabe beim Uriniren ca. $^1/_4$ l frisches Blut. Auch das Wasser dreier nachfolgender Sitzbäder war blutig gefärbt. Dabei trat auffallende Blässe und

starke Diarrhoe auf. Die Untersuchung ergab: Schwellung, Rötung, deutliche Fluctuation und große Schmerzhaftigkeit der Dammnaht von der Peniswurzel bis nahe zur Analöffnung. Aus der Urethra entleert sich reichlich blutig verfärbter Eiter, der im Deckglaspräparat außer zahlreichen Strepto- und Staphylokokken vereinzelte Diplokokken zeigte. Der Harn, vom specifischen Gewicht 1016, ist dicht flockig getrübt, enthält Spuren von Nucleo- und Serumalbumin im Sedimente neben zahlreichen Eiterkörperchen, rote Blutkörperchen und Blasenepithelien, vereinzelt hyaline und Wachscylinder. Am folgenden Tage Incision des periurethralen Abscesses am Damme unter localer Anästhesie. Es werden 30—40 ccm dicken, mit Gewebsfetzen vermengten Eiters entleert, die Höhle, welche keine Communication mit der Urethra zeigt, mit Jodoformgaze drainirt. Nach vorübergehender Besserung verschlimmerte sich der Krankheitsproceß bald wieder und führte am **14.** Tage des Krankenhausaufenthaltes den Exitus herbei. Bei der Section fand man in der Harnblase ein ca. 3½ cm langes Knochenstück von höchst unregelmäßigen, scharfkantigen Rändern, mit Harnsalzen incrustirt, mit seinem vorderen längeren Ende in das Orificium internum eingekeilt. Die Harnröhre ist von diesem letzteren bis zur Mitte ulcerös unterminirt; durch eine rundliche Oeffnung communicirt sie mit der periurethralen Höhle, die durch zwei Fistelöffnungen nach außen mündet. Die Umgebung des Hüftgelenks ist schwielig verdickt, der Femurkopf zum größten Teile consumirt. Das Knochenstück erwies sich bei näherer Untersuchung als ein von der überstandenen Coxitis herrührendes Sequester.

2. Fall. Blasenperforation anschließend an eine Leistendrüseneiterung. Dieser in seiner Aetiologie fast einzig dastehende Fall betrifft ein acht Tage altes, von gesunden Eltern abstammendes Kind, bei dem eine Woche nach der rituellen Circumcision eine entzündliche Anschwellung des Gliedes, drei Wochen danach auch der Leistendrüsen auftrat. Im dritten Lebensmonat kam das Exanthem zum Vorschein. Zwei Monate danach begannen sich die bis dahin stationären Lymphdrüsen in inguine rapid zu vergrößern Bei der Spitalsaufnahme im Februar 1896 waren in der Leiste hühnereigroße, höckerige Drüsenschwellungen, welche an vielen Stellen eine deutliche Fluctuation zeigten und an einer Stelle zu einem fistulösen, eingezogenen Durchbruche geführt hatten. Die vereiterten Drüsen wurden punctirt, durch die Punctionsöffnung Lapislösung injicirt. Die Punction mit anschließender Injection von Arg. nitr. wurde im nächsten Monat wiederholt. Im Mai meldete die Mutter des nunmehr ambulatorisch behandelten Kindes, daß sich seit zwei Tagen aus einer in der linken Leiste persistirenden, Eiter secernirenden Fistel zeitweilig in ziemlich kräftigem Strome eine klare Flüssigkeit entleere; dabei gehe aus der Harnröhre kein Urin mehr ab. Die Excretion dieser Flüssigkeit konnte auch gelegentlich der ambulatorischen Untersuchung des Kindes constatirt werden. Die klare, hellgelbe Flüssigkeit, die in ihrem Aussehen dem Urin glich, floß in ziemlich starkem Strome in unregelmäßigen Intervallen aus einer Lücke, die unterhalb einer eingezogenen Punctionsöffnung in inguine links lag. Die chemische

Untersuchung stellte die Anwesenheit von Harnstoff fest. Es wurde nun ein dünner Nélatonkatheter in die Blase eingeführt, um etwa vorhandenen Urin abfließen zu lassen, ohne daß sich jedoch Harn entleerte. Dagegen floß durch den Katheter eingespritztes steriles Wasser durch die erwähnte Oeffnung in der Leiste ab, wodurch eine Communication der letzteren mit der Blase sichergestellt wurde. Einige Tage später starb das Kind außerhalb des Spitales, so daß eine Section und nähere Verfolgung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse nicht möglich war. Lubowski.

Langner: **Entfernung eines Occlusivpessars aus der weiblichen Blase.** (Demonstration in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.)

Vor acht Tagen hatte die Patientin L. mitgeteilt, daß sie ein in die Scheide eingeführtes Pessar nicht mehr finden könne. Die Scheide war leer, keine Blasenbeschwerden. Nach sechs Tagen traten Blasenschmerzen, Incontinenz und Harndrang auf; hinter dem Sphincter der Blase ergab die Untersuchung (bimanuell und Sonde) einen weichen Fremdkörper, welcher durch die erweiterte Harnröhre leicht entfernt wurde; die Feder des Pessars war gebrochen. Olshausen empfiehlt zur Extraction die Simon'sche Blasenzange.

(Lohnstein demonstrirte vor einigen Jahren im Verein für innere Medicin zu Berlin ein analoges Präparat. Der Ref.) Mankiewicz.

Zangemeister: **Vaginale Cystotomie.** (Ges. für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. Centralblatt für Gynäkologie 1900, No. 15.)

Z. stellte eine 19jährige Patientin vor, bei welcher ein mandelgroßer Blasenstein, der im Wochenbette vor einem Jahre entstanden war, durch vaginale Cystotomie entfernt wurde. Z. empfiehlt den vaginalen Blasenschnitt als leicht ausführbar. Immerwahr (Berlin).

Guépin: **Deux volumineux calculs uriques de la vessie.** (Société de médecine de Paris. Le progrès médical 1900, No. 16.)

Ein 69jähriger Mann klagte über alte Nierenkoliken mit Abgang von Harngries. Augenblicklich hatte er bei Bewegungen Schmerzen im Leibe und klagte über häufigen Harndrang und Hämaturie. Es wurde ein fixirter Blasenstein rechts hinten festgestellt. Da die Lithotripsie nicht gelang, wurde die Sectio alta ausgeführt. In einer rechts hinten gelegenen Tasche wurden zwei enorm große Uratsteine gefunden, der eine wog 95 g, der andere 97 g. Immerwahr (Berlin).

VI. Ureter, Niere etc.

Leopold Casper und Paul Friedrich Richter: **Ueber functionelle Nierendiagnostik.** (Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 29.)

Groß sind die Fortschritte, welche die Nierenchirurgie in den letzten Jahren gemacht hat, und groß sind die durch dieselbe bereits vielfach erzielten Erfolge. Leider entspricht der immer fortschreitenden Entwickelung der nierenchirurgischen Technik der Grad der practischen Anwendbarkeit der schönen, bis in das kleinste Detail exact ausgearbeiteten chirurgischen Methoden nicht, und zwar aus dem wohlverständlichen Grunde, daß die Diagnostik, welche wohl nirgends von so enormer Bedeutung für die Bestimmung bezw. Bemessung der chirurgischen Intervention ist, wie gerade bei den Nierenerkrankungen, gegenwärtig noch nicht im Stande ist, dem Chirurgen die für sein Handeln so entscheidend wichtige Frage über den Zustand der Function der einen oder beider Nieren zu geben.

Unter diesen Umständen bedeutet jeder Fortschritt auf dem Gebiete der Beurteilung der Functionsfähigkeit der Nieren zugleich einen Fortschritt der Nierenchirurgie, deren Leistungsfähigkeit in vollem Umfange erst auf der Basis einer exacten Nierendiagnostik zur Geltung kommen kann. — Als ein solcher Fortschritt ist nun ganz entschieden die von den Verfassern zur Beurteilung der Nierenfunction angegebene Untersuchungsmethode zu bezeichnen, der der Ureterkatheterismus zu Grunde liegt. Derselbe ist von den Verfassern in der vollkommensten Weise dazu verwendet worden, um sich einen Einblick in die Größe der Arbeit jeder einzelnen Niere zu verschaffen. In vorliegender Arbeit berichten die Verff. über die Resultate, die sie in der angegebenen Richtung an einem großen Material in einem Zeitraum von etwa zwei Jahren gewonnen haben. In erster Linie haben die Untersuchungen in zahlreichen normalen Fällen ergeben, daß entgegen der bisherigen, meist aus Tierexperimenten gewonnenen Anschauung, die gesunden Nieren in dem Zeitraum von 30—60 Minuten gleichzeitig fast absolut die gleichen Mengen fester Bestandteile ausscheiden. Bei einseitigen Nierenerkrankungen blieb auf der kranken Seite so gut wie jedesmal die Harnstoffausscheidung und auch die moleculäre Concentration beträchtlich gegenüber der gesunden zurück. Bei Erkrankung beider Nieren verwischte sich dieser Unterschied mehr oder weniger. Auf diesem Wege läßt sich mit ungefährer Sicherheit bestimmen, wie sich die Gesamtarbeit, gemessen am Harnstoff und der moleculären Concentration des Harns, auf die beiden Nieren verteilt, wieviel davon auf die eine, wieviel auf die andere entfällt.

Damit begnügten sich die Verff. aber nicht. Sie suchten sich ein Bild von dem Grade der Leistung der einzelnen Niere zu ver-

schaffen, und zwar bedienten sie sich zu diesem Zwecke eines Stoffes, dessen Einfuhr in den Körper die Nieren zu einer activen Thätigkeit reizt, und wobei das gelieferte Product mit Leichtigkeit quantitativ bestimmt werden kann. Das ist das Phloridzin, auf dessen Einführung der Körper mit einer Zuckerausscheidung reagirt, deren Entstehungsort die Nieren sind. Die Verff. haben nun mit Hilfe des Ureteren-Katheterismus untersucht, wie sich die Zuckerausscheidung nach Phloridzin bei jeder von beiden Nieren verhält und sind dabei zu folgenden hochinteressanten Resultaten gelangt:

1. Gesunde Nieren scheiden nach subcutaner Phloridzin-Einverleibung, wenn man gleichzeitig in dem Zeitraum von $^1/_2$—1 Stunde aus beiden den Urin auffängt, die gleichen Mengen Zucker aus.

2. Die kranke Niere verrät sich durch eine deutlich verringerte Zuckerausscheidung gegenüber dem gesunden Schwesterorgan.

3. Bei hochgradiger Erkrankung der Niere, die sich über einen ausgedehnten Teil des Nierenparenchyms erstreckt (großes Neoplasma, Pyonephrose, schwere Nephritis) kann die Zuckerausscheidung ganz minimal werden oder vollständig fehlen.

4. Veränderungen in Eintritt und Ablauf der Zuckerausscheidung können bei der erkrankten Niere gegenüber der gesunden vorhanden sein, sind aber weniger in's Gewicht fallend.

5. Bei doppelseitiger Nierenerkrankung verwischen sich die Unterschiede. Als Regel gilt aber hierbei, daß die Zuckerausscheidung beiderseits abnorm gering ist oder, hochgradige Erkrankung der Nieren vorausgesetzt, ganz fehlt.

6. Von ganz vereinzelten Ausnahmen abgesehen, gehen Größe der Zuckerausscheidung, der Harnstoffausscheidung und der melocülären Concentration einander parallel. Liegt somit ein hoher Wert in der Uebereinstimmung dieser drei Indicatoren, so scheint, allein für sich betrachtet, die Phloridzinuntersuchung das feinste Reagens für die Beurteilung des Grades der Nierenfunction abzugeben. Lohnstein.

C. P. Noble und W. W. Babcock: **Eine neue Methode der Diagnose bei Tuberculose der Nieren.** (Verhandl. der Ges. für Geburtshilfe zu Philadelphia. Centralbl. für Gynäkologie 1900, No. 12.)

Die Methode besteht darin, mittels sterilisirter Katheter den Urin aus den Ureteren aufzufangen und das Sediment desselben Meerschweinchen einzuspritzen. In einem ausführlich mitgeteilten Falle gelang es, die Diagnose sicherzustellen. Hier waren aber auch andere Erscheinungen vorhanden, welche die Diagnose schon vorher fast sicher machten. N. ist jedoch der Ansicht, daß auch in Fällen beginnender Erkrankung diese Methode ein sicheres Mittel zur Feststellung der Diagnose sei. Immerwahr (Berlin).

William Rogers (Lamplugh, Cockermouth): **Primary Nephrectomy for Rupture of Kidney.** (The British Medical Journal, 6. Januar 1900.)

Ein 15jähr. Mädchen fällt mit dem Leib auf die Kante einer Schwelle. Sie wird in's Krankenhaus gebracht und hier sieht sie der Verf. 20 Stunden nach dem Unfall. Der Zustand war sehr besorgniserregend, der Puls schwach, die Atmung stöhnend. Starke Hämaturie; Anschwellung in der rechten Lumbalregion. Operation mittels Lumbalschnitts, Niere von Blutcoagula umgeben, Nephrectomie, Drainage. Die Operation wurde ohne fachmännische Assistenz ausgeführt. Tod am Shok den folgenden Tag. Die Niere zeigte zwei Risse, die nach dem Hilus convergirten; die zwischenliegende Nierensubstanz war ganz zerquetscht. Blanck (Potsdam).

DDr. Kövesi u. Roth-Schulz: **Ueber Störungen der wassersecernirenden Thätigkeit diffus erkrankter Nieren.** (Berliner klin. Wochenschr. 1900, No. 15.)

Bekanntlich führt v. Korányi den Beweis, daß die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung des Harns bei diffusen Nierenkrankheiten ganz characteristische Veränderungen der Nierenthätigkeit erkennen läßt. Wenn die Erkrankung eine Ausdehnung erreicht, welche eine Compensation durch die gesteigerte Thätigkeit gesunder Nierenteile ausschließt, läßt sich auf Grund des Gefrierpunktes und der Urinmenge berechnen, daß die absolute Zahl der durch 24 Stunden entleerten Molecule im Harn abnorm gering wird: es entsteht „moleculäre Oligurie". Bei gesunden Nieren ist der der Gefrierpunktserniedrigung proportionale osmotische Druck des Harnes gewöhnlich erheblich größer als der des Blutes. Bisweilen sind aber auch gesunde Nieren fähig, einen Harn zu bereiten, dessen moleculäre Concentration bedeutend geringer ist als diejenige des Blutes. Die Verff. steckten sich nun zum Ziele, die Veränderungen zu erforschen, welche in der Fähigkeit der Nieren, einen stark verdünnten Harn zu bereiten, bei verschiedenen diffusen Nierenkrankheiten vorkommen. Der Gang ihrer Untersuchungen war der folgende: 24 Stunden lang wurde der Harn in vier stündlichen Portionen gesondert gesammelt und der Gefrierpunkt einer jeden Portion im Beckmannschen Apparat bestimmt. Am nächsten Tage trank die Untersuchungsperson 1,8 l Salvatorwasser im Verlauf einer Stunde, worauf der Harn in $^1/_2$stündlichen Intervallen entleert und auf seine Menge und seinen Gefrierpunkt untersucht wurde. Zunächst stellten sie einige Untersuchungen an gesunden Nieren an, welche ein überraschendes Bild von der grossen Accommodationsfähigkeit der Nieren an die Schwankungen der Wasser-Einnahme ergeben haben. Die Gefrierpunktserniedrigung des Harnes nimmt nach reichlichem Trinken schnell bis 0,10 oder noch mehr ab. Die Secretion des stark verdünnten Harns hört meistens innerhalb 2—3 Stunden auf, um allmählich der Entleerung eines Harns mittlerer Concentration zu weichen.

Die in genau derselben Weise an Nierenkranken angestellten Versuche führten zu folgenden Resultaten: Bei parenchymatöser Nephritis zeigte sich die Fähigkeit der Nieren, einen verdünnten Harn zu bereiten, stark herabgesetzt. Bei der Schrumpfniere ist die Fähigkeit zur Secretion eines sehr verdünnten Harns im Vergleich zur Fähigkeit der gesunden Niere nur wenig oder kaum beschränkt. Bei compensirten Herzfehlern ist die wassersecernirende Kraft der Nieren dagegen herabgesetzt.

Ferner zeigen die Verff. an der Hand einer Zusammenstellung, daß die Nierenfunction bei der Schrumpfniere und bei der parenchymatösen Nephritis in wesentlich verschiedener Weise verändert ist: der Unterschied liegt in den verschiedenen Accommodationsbreiten der Nieren, an dem Flüssigkeitsgehalt des Organismus. Diese Breite ist bei der interstitiellen Nephritis ziemlich gross, bei der parenchymatösen dagegen, der Schwere des Falles entsprechend, herabgesetzt. Neuerdings hat Lindemann versucht, in dem Gefrierpunkte des Harns characteristische Unterschiede zwischen den parenchymatösen und interstitiellen Nephritiden aufzufinden. Er meint, daß bei ersteren die Concentrationsverminderung des Harnes viel bedeutender als bei letzteren sei. Die Verff. behaupten nun auf Grund ihrer Untersuchungen, daß der characteristische Unterschied zwischen parenchymatösen und interstitiellen Nephritiden nicht in der verschiedenen Grösse der Gefrierpunktserniedrigung, sondern in der verschiedenen Veränderlichkeit derselben liegt.

Die Gefrierpunktserniedrigung des Harnes hängt bei Nierenkrankheiten von drei Bedingungen ab: 1. Von der Localisation und von dem Grade des Krankheitsprocesses, welche zusammen die äussersten Grenzen der Veränderlichkeit der Harnconcentration bestimmen; 2. von der Menge des Wassers; 3. von der noch erhaltenen Permeabilität der Nieren für feste Molecüle; es giebt für jeden Nephritiker eine Wassermenge, welche mit der durch die gegebene Permeabilität der Nieren bestimmten Zahl von festen Meleculen einen dem Blute isotonischen Harn liefert. Trinkt der Nephritiker so viel, dass seinen Nieren eben diese Wassermenge zufließt, so wird die Form seiner Nierenkrankheit auf den Gefrierpunkt des Harns gar keinen Einfluß haben. Trinkt er jedoch erheblich weniger, so lässt sich dieser Einfluß daran erkennen, daß die Gefrierpunktserniedrigung des Harnes bei einer Schrumpfniere bedeutend, bei der parenchymatösen Nephritis kaum zunimmt. Wenn aber der Nephritiker bedeutend mehr Wasser trinkt, als es zur Secretion eines isotonischen Harns erforderlich wäre, so entleeren die Schrumpfnieren einen dünneren Harn als die parenchymatösen. Nimmt bei Nierenkrankheiten die Permeabilität der Nieren für feste Molecüle ab und wird diese Abnahme entweder gar nicht oder unvollständig compensirt, so steigt die moleculäre Concentration des Blutes so, daß seine Gefrierpunktserniedrigung 0,56 übersteigt. Lubowski.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Ueber Nierenoperationen bei Mangel oder Erkrankung der zweiten Niere.

Von

Dr. **Mankiewicz** in Berlin.

Einleitung.

Die Epoche der Nierenchirurgie beginnt mit der auf exacte Indication gestützten Ausrottung der einen Niere durch Simon in Heidelberg im Jahre 1869; er entfernte zum ersten Male das Organ, weil er eine bei einer Eierstocksexstirpation entstandene Ureterfistel nicht auf andere Weise zur Heilung bringen konnte. Alle früheren Operateure hatten nur subcutan gewordene renale oder pararenale Abscesse gespalten oder wie J. L. Petit und Miquel kühne Eingriffe auf unbekanntem Gebiete vorgenommen; andere Chirurgen hatten aus Irrtum Nieren entfernt und damit gezeigt, daß man mit einer Niere leben könne. Experimentell hat Josephi Zambecarri in seinem Brief an François Redi (1680) zuerst den Beweis durch Versuche an Hunden erbracht, daß die Arbeit einer Niere zum Leben des Säugetieres genügend sei. Diese Frage ist für die Nierenchirurgie von großer Wichtigkeit geworden.

I.

Es ist nicht gar so selten, daß der Mensch nur eine Niere besitzt. White und Martin[1]) geben an, bei den Sectionen auf $3992^2/_5$ Fälle eine Solitärniere gefunden zu haben. Morris[2]) fand unter 8086 Londoner Sectionsberichten zwei Fälle von angeborenem Nierendefect, also je einmal auf ca. 4000 Autopsien; dasselbe Verhältnis fand M. Brown[3]). Sangalli[4]) constatirte unter 5348 Sectionen dreimal,

[1]) White und Martini: Genito-Urinary Surgery and Venereal Diseases. Philadelphia 1897.

[2]) Morris: Surgical Diseases of the Kidneys.

[3]) Macdonald Brown: Variations in the Position and Development of the Kidneys. Journ. of Anat. and Physiol. XXVIII. N. Ser. VIII. 1894. pag. 196.

[4]) Sangalli: Reale Instituto Lombardo di Scienze e Lettere Rendiconti Ser. II, Vol. IX. Milano 1876. pag. 448.

Menzies[5]) unter 1790 Sectionen zweimal, Rootes[6]) unter 600 Sectionen einmal einseitigen Nierenmangel.

Th. Rott hat in seiner Würzburger Dissertation 1878 die älteren Fälle von einseitigem Nierenmangel gesammelt. Die Litteraturangaben sind leider sehr mangelhaft. Beumer[7]) konnte in demselben Jahre in Virchow's Archiv 48 gut beobachtete Nierendefecte zusammenzustellen, und Ballowitz[8]) hat 1895 an derselben Stelle in Fortsetzung der Beumer'schen Arbeit eine Tabelle von 213 reinen Fällen von einseitigem congenitalem Nierenmangel aufgestellt. Ich kann 21 in der Litteratur der letzten Jahre berichtete oder von Ballowitz nicht berücksichtigte Fälle folgen lassen. Ich gebe den Litternachweis von Ballowitz der Vollständigkeit halber und fahre mit der Nummerirung der Fälle nach Ballowitz fort; die eingeklammerten Ziffern im Text beziehen sich auf diese Nummerirung.

Ballowitz: Virchow's Archiv 1895, S. 326. Nierendefecte.

Litteratur.

1. Consiliorum medicinalium Reineri Solenandri, Sect. V, Consilium XVI. Editio secunda 1609, pag. 493.

2. Fr. Plozzonus, citirt von J. Rhodius: Montissa anatomica. Observationes XXXII, Hafniae 1661, pag. 21.

3. Andr. Spigelius: Ibidem.

4. Ger. Blasii: Observata anatomico-practica in homine, brutisque variis. Lugd. Batav. 1674, pag. 115.

5. Sobià Meek'ren: Obserationes medico-chirurgicae. Amstelodomi 1682, Cap. XL, pag. 169.

6. P. Albrecht: Miscellanea curiosa, Decuria II, Annus primus. Norimbergae 1683, Observ. LXXXIII, pag. 195.

7. Poupart: Diverses observations anatomiques. Histoire de l'académie royale des sciences, Paris, Année 1700, pag. 35.

8. Bonetus: Sepulcr. Anatom. 1700, Lib. III, Sect. 25, Observatio 9, Teil II, pag. 666.

9. Littre: Diverses observations anatomiques. Histoire de l'académie royale des sciences, Paris 1707, pag. 25.

10. Tulpius: Observ. medic., Editio quinta. Lugd Batav. 1716.

11. Tulpius: Ibidem, pag. 336

12. Du Vivier et Morand: Diverses observations anatomiques. Histoire de l'académie royale des sciences, Paris 1730, pag. 39.

---

[5]) Menzies: Two Cases of Single Kidney. Journ. of Anatomy and Physiology. Vol. XXI, 1887, pag. 510.

[6]) Rootes: Lancet 1866. Vol. II, pag. 251.

[7]) Beumer: Virchow's Archiv. Bd. 72, 1878.

[8]) Ballowitz: Virchow's Archiv. 1895.

13. Simonis Pauli Hilscheri: Prolusio de unico in homine reperto rene praegrandem continente calculum. In Albertus Haller Disput. anat. select. III, pag. 353, Göttingen 1748.

14. Sue: Abhandlungen der königlichen Academie der Wissenschaften zu Paris. Uebersetzt von Beer, Teil II, Leipzig 1754, S. 317.

15. Kaltschmied: Programma de uno rene in cadavere invento. Jena 1755.

16. Perrin: Journ. de méd., de chirurgie, de pharm., Teil XIII, November 1760, pag. 431.

17. Guigneux: Ibidem, Tom. XII, April 1760, pag. 348.

18. Valsalva in Bapt. Morgagni: De sedibus et causis morborum, Lib. II, Epistola XXV, Art. 4, pag. 266. Venetiis 1762.

19. Valsalva: Ibidem. Lib. III, Epist. XXXI, Art. 25, pag. 33.

20. Sylvaticus: Consil. cent. 3. Genève 1736.

21. Alb. v. Haller: Opuscula pathol., Observ. 60, pag. 153. Lausanne 1755.

22. Stoll: Rationis medendi pars secunda. Viennae 1778, pag. 306.

23. Stoll: Ibidem.

24. Bremisches Magazin, Bd. III, S. 488, 1759. Citirt nach Titius: De renum vitiis Comment. I. Vitebergae 1798, pag. 6.

25. Neirac: Sammlung auserlesener Abhandlungen zum Gebrauch pract. Aerzte, Heft 1, Bd. 8, S. 596. Leipzig 1783.

26. Mohrenheim: Wienerische Beiträge zur practischen Heilkunde. Bd. II, S. 297, 1782.

27. Pole: Memoirs of the Medical Society of London. Vol. II, 1788, pag. 507.

28. J. C. A. Mayer: Beschreibung des ganzen menschlichen Körpers. Bd. V, S. 5, Berlin-Leipzig 1788.

29. Maxim. Stoll: Rationis medendi pars VII. Viennae 1790, pag. 358.

30. Sandifort: Museum anatom. Vol. I, pag 250, 1793.

31. Lieutaud: Hist. anat.-med. Vol. I, Liber I, Gothae 1796, pag. 356. Observ. 1216.

32. Sal. Constantinus Titius: De renum vitiis, Comment, I. Vitebergae 1798, pag. 5.

33. Home: Krankheiten der Prostata. London 1811, I, pag. 68.

34. Meckel: Pathol. Anatomie, I, S. 625, 1812.

35. Nannoni nach Meckel: Ibidem, S. 626.

36. Chéboeuf: Journal général de médecine. Paris 1813, Teil 47, pag. 362.

37. Kelch: Beiträge zur pathologischen Anatomie, 1813, S. 46, Berlin.

38. Fleischmann: Leichenöffnungen. Erlangen 1815, S. 157.

39. Chaussier: Bull. de la faculté de méd. de Paris 1817 (n. Kussmaul).

40. Breschet: Medico-chirurgical transactions. London, Vol. 9, 1818, pag. 437.

41. Tiedemann: Meckel's Arch. f. Phys. 1819, V, S. 131.

42. Everard Home: Traité de la maladie de la prostate, 1820, pag. 52.

43. Wrisberg: Nota 73 ad Halleri prim. lin. Physiologiae, § 227, 1788.

44. Fontenelle: Archives générales de médécine, T. II, 1824, pag. 577.

45. Meckel: Descriptio monstr. nonnull., 1826, § 4, pag. 12.

46. Andral: Grundriß der pathologischen Anatomie, 1830, II, S. 362.

47. Andral: Ibidem.

48. Henot: Arch. général de médecine, VIII, Teil 24, 1830.

49. Tourtual: Zweiter anatomischer Bericht. Münster 1833, S. 69.

50. Schneider: Beitrag zur pathologischen Anatomie. Leipzig 1834, Bd. I, S. 245.

51. Beschreibung von Hunter's anatomisch-pathologischem Museum, 1835, S. 79, Präp. 313.

52. Parise: Bull. de la soc. anat. de Paris 1837, XII. Jahrg., pag. 38.

53. Zhuber: Medicin. Jahrb. des k. k. österreich. Staates, XIV. Wien 1837, S. 54.

54. Guéneau de Mussy: Bull. de la soc. anat. de Paris 1838, XIII, pag. 38.

55. Cless: Schmidt's Jahrb., XXXI, 1841, S. 229.

56. Rokitansky: Medic. Jahrb. des k. k. österreich. Staates, XXVI, Wien 1838.

57. Désir u. Rayer: Rayer maladies des reins 1839, III. Taf., Fig. 3.

58. Claudius Tarral in Rayer: Ibidem, pag. 397, IV. Tafel, Fig. 6.

59. Rayer: Ibidem, I, pag. 404.

60. Rayer: Ibidem, II, 1840, pag. 230.

61. Mascarel: Bull. de la soc. anatom. de Paris, XV, 1840, pag. 365.

62. Otto: Monstrorum 600 descripto anatom. 1841, pag. 316.

63. Schneider in Hufeland-Osann's Journal, Berlin 1841, XCIII, III. Stück, S. 108.

64. Désir u. Rayer in Rayer: Tom. III, 1841, pag. 766.

65. Barth und Rayer: Ibidem, pag. 768.

66. Rayer: Ibidem, III, pag. 768.

67. Boulland: Bull. de la soc. anatom. de Paris 1846, XXI, pag. 328.

68. Burwell: Buffalo Med. Journ., December 1847

69. R. Bennet: Lancet 1850, II, pag. 182.

70. Parmentier: Bull. de la soc. anatom. de Paris 1851, XXVI.

71. Dufour: Ibidem, pag. 39.

72. Durand-Fardel: Ibidem, pag. 39.

73. Peacock: Med. Times and Gazette, VII, 1853, pag. 90.

74. Busk: Medico-chirurg. transact. London, XIX, 1846, pag. 269.

75. Labé: Société de biologie. Gaz. méd. de Paris, XXIV. année, Teil IX, 9. September 1854, No. 36, pag. 559.

76. Lorain: Société de biologie 1853. Paris 1854, pag. 117.

77. L. Spengler: Allg. med. Centr.-Ztg., XXIV, 10. Febr. 1855, S. 89.

78. Puech: Comptes rendus de l'académie des sciences. Paris 1855, pag. 643.

79. Foerster: Virchow's Archiv, XIII, 1858.

80. Gruber: Académie des sciences de St. Petersbourg, VII, 1859, 2.
81. Gruber: Ibidem.
82. Gruber: Ibidem.
83. Bastian et le Gendre: Société de biologie 1859. Paris 1860, pag. 251.
84. Tourtual (nach Kussmaul).
85. Murchison: Pathological Society of London, X, 1859, pag 190.
86. Rokitansky: Zeitschr. der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1859, No. 33, S. 513.
87. Rokitansky: Ibidem.
88. Rokitansky: Ibidem, 1859, S. 514.
89. Rokitansky: Ibidem.
90. Rokitansky: Ibidem.
91. Jaksch: Prager Vierteljahrsschrift 1860, II, Bd. 66, S. 172.
92. Hasse und Sprengel: Deutsche Klinik, 25. Aug. 1860, 34, S. 329.
93. Cruveilhier: Bull. de la soc. anat. de Paris 1860, XXXV, pag. 56.
94. Koeberlé: Gaz. méd. de Straßbourg 1860, No. 3.
95. J. A. Stoltz: Ibidem, S. 38.
96. J. A. Stoltz: Ibidem, S. 37.
97. Lombroso: Gazetta medica italiana, Februar 1860.
98. Rokitansky: Pathol. Anat., III, 1861, S. 317.
99. Winge nach Schmidt's Jahrbüchern, Bd. 114, S. 58, 1862.
100. Swayne: British Med. Journal, 8. March 1862.
101. Ferrand, citirt nach Teyssèdre, 1862, Thèse Paris.
102. Packard: Amer. Journal of the Medical Sciences, XLIII, 1862, pag. 416.
103. Rosenburger: Monatsschr. für Geburts- und Frauenkrankheiten 1862, XIX.
104. Rosenburger: Ibidem.
105. Storch: Hospitals Tidende 1863, 17, 18.
106. Mosler: Archiv für Heilkunde, IV, 1863, S. 289.
107. Hewett: Lancet 1863, II, pag. 622.
108. Packard: Amer. med. Journ., Juli 1863, p. 130.
109. Kempthorne und Garrod: Lancet 1863, II, pag. 723.
110. Pollock: Lancet 1863, II, pag. 622.
111. Blosfeld: Henke's Zeitschrift für die Staatsarzneikunde 1864, Bd. 88.
112. Turner: Edinb. med. Journ., Februar 1865, pag. 687.
113. Meschede: Virchow's Archiv 1865, XXXIII.
114. Biesiadecki: Allg. Wiener med. Ztg., 18. Juni 1866, S. 201.
115. A. Bruce: Transact. of the Pathol. Society of London 1866, XVII, pag. 175.
116. Murray: Brit. Med. Journ. 1866, II, 159.
117. S. Rootes: Lancet 1866, II, pag. 251.
118. Morin: Le mouvement méd. 1867, 27.

119. A. Weisbach: Wiener med. Wochenschr., VII, 1867, No. 2, S. 20.
120. Paulicki: Allg. med. Central-Zeitung 1868, 57.
121. Paulicki: Ibidem.
122. Spooner: Lancet 1868, II, pag. 530.
123. Münchmeyer: Henle u. Pfeufer's Zeitschr. für rat. Medicin, XXXIII, 1868, S. 207.
124. Wittner: Inaug.-Diss., Leipzig 1869, S. 17.
125. Müller: Jenaische Zeitschrift für Naturwissenschaften 1869.
126. Duckworth: Transact. of the Pathological Society of London, XX, 1869.
127. Steiner und Neureutter: Vierteljahrsschrift für die practische Heilkunde. Prag, CV, 1870, S. 80.
128. Ibidem.
129. Thayer: Boston Med. and Surg. Journ., IV, pag. 11.
130. S. Parkmann: Jackon's Catalogue, pag. 281.
131. Shattuk: Ibidem, pag. 239.
132. Dr. Hargadine: Philadelphia (nicht publicirt).
133. Army Med. Museum Fort Pitt, Chatam.
134. Ibidem.
135. Reverdin: Bulletin de la société anatom. de Paris 1870, XLV, pag. 325.
136. Taylor: Brit. Med. Journal 1870, II, pag. 485.
137. Willard: American Journ. of the Med. Sciences, LX, 1870, 453.
138. Hachenberg: Berl. klin. Wochenschr. 1872, 22.
139. Watson: Edinburgh Med. Journ., XX, 1874 (1875).
140. Hutchinson: Lancet 1874, II, pag. 1.
141. Exchoquet: Progrès médical, 2. Mai 1875.
142. Zooijer nach Virchow-Hirsch, 1873. I. S. 15.
143. Berndgen: Allg. med. Centr.-Ztg. 1875, XLIV, S. 630.
144. Stiller: Wiener med. Wochenschr. 1875, 31, S. 689.
145. Mayor: Bull. d. l. société anatom. de Paris, 1876, LI. pag. 592.
146. Ritterbusch: In.-Diss. Göttingen, 1876.
147. Sangalli: Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Rendiconti Milano, 1876, pag. 488.
148. Ibidem.
149. Ibidem.
150. Josias: Bull. de la soc. anat. de Paris 1877, LII, pag. 323.
151. Greenfield: Transact. of the Path. Society of London, XXVIII, 1877, pag. 164.
152. Beumer: Virchow's Archiv 1878, B. 72, S. 344.
153. Josias: Bull. de la soc. anat. de Paris, LIV, 1879, pag. 763.
154. Marzolo: Ist. Veneto di. Sc. e lettere 1879.
155. Bachhammer: Archiv für Anat. und Phys., 1879, S. 139.
156. Ogston: Brit. Med Journ. 1879, I, pag. 591.
157. Wilcox: Med. Record, New York, 29. Mai 1880.

158. Rott: In.-Diss. Würzburg 1878.
159. Barrès: Thèse, Paris 1880.
160. Schwengers: Berl. Klin. Wochenschr. 1881, No. 34, S. 481.
161. Falk: Virchow's Arch. 1881, S. 558.
162. Sangalli: Giorn. intern. de medicina, Napoli 1881, III. pag. 1—7.
163. Thibierge: Bull. de la soc. anat de Paris, 1882, LVII, pag. 42.
164. Thibierge: Ibidem, pag 43.
165. Weichselbaum: Bericht der Rudolphstiftung, Wien 1884, S. 379.
166. Polk: Lancet 1883, I, pag. 514.
167. Wilmot: Brit. Med. Journ. 1883, II, pag. 1014.
168. Edwards: Philad Med. and Surg. Reporter, 1883, pag. 595.
169. Edwards: Ibidem.
170. Abraham: Transact. of the Acad. of Med. in Ireland, I, 1883, pag. 305.
171. Gubbin: Brit. Med. Journ. 1883, I, pag 115.
172. P. Guttmann: Virchow's Archiv 1883, Bd. 92, S. 187.
173. P. Guttmann: Ibidem.
174. Hamy: Journ. de l'anatomie et de la phys., 1884, XX, pag. 193.
175. Bostroem: Beiträge z. path. Anatomie der Nieren, I, 1884, S. 36.
176. Batterham und Mamby: Lancet, 1885, Vol. I, pag. 661.
177. Macdonald: Lancet 1885, I., p. 979.
178. Davies: Brit. med. Journ. 1885, II, pag. 397.
179. Fox: Lancet 1885, II, pag. 66.
180. Leech citirt nach Robert's Urinary Diseases, IV, 1885, pag. 685.
181. Chaffey: Transact of the Path. Soc. of London, 1885, Vol. 36. pag. 282.
182. Heleb: Ibidem 1885, pag. 281.
183. Cayla: Bull. de la soc. anat. de Paris 1886, LXI, pag. 273.
184. Bourneville et Brison: Progrès médical, XIV, 1886, pag. 651.
185. Coats: Glasgow Med. Journ. 1886, Sept.
186. W. P. Northrup: The medical Record, New York, 5. Nov. 1887. Seite 608.
187. Menzies: Journ. of Anatomy and Physiology, 1887, XXI, pag. 510.
188. Menzies: Ibidem.
189. Boix: Bull. de la soc. anat. de Paris 1887, LXII, pag 507.
190. Cauder: Ibidem, pag. 214.
191. Mackey: Brit. Med. Jorn. 1887, II, pag. 626.
192. Thiery: Bull. de la soc. anat. de Paris 1888, LXIII, pag. 368.
193. Eckardt: Virchow's Arch. 1888, Bd. 114, Seite 217.
194. Eckardt: Ibidem.
195. Eckardt: Ibidem.
196. Besançon: Bull. de la soc. anat. de Paris 1889, LXIV, pag. 347.
197. Kerr: Sacramento Med. Times, II, 1889, No. 11.
198. Brackenburg: Lancet 1891, II, pag. 869.
199. Kuskow: Bolinitschnaja gaseta Botkina, 1891, 45.

200. Palma: Prager medic. Wochenschr. 1891, XVI, No. 33, S. 380.
201. Lemière: Journ. des sciences méd. de Lille 1892, pag. 614.
202. Noel: Bull. de la soc. anat. de Paris 1892, LXVII, pag. 360.
203. Tapie: Midi médical. Toulouse 1892, pag. 85.
204. Guth: Vereinsbl. pfälz. Aerzte 1893, IX, S. 107.
205. James: Brit. Med. Journ. 1893, II, pag. 579.
206. Hodenpyl: Med. Record New York 1893, B. 44, pag. 155.
207. Dwight: Journ. of Anat. and Physiol. 1894, XXIX, pag. 18.
208. Tweedy: Ibidem, XXVIII, pag. 340.
209. Macd. Brown: Ibidem, pag. 196.
210. Strube: Virchow's Archiv, Bd. 137, S. 194.
211. Ballowitz: Virchow's Archiv, Bd. 141, 1895.
212. Ballowitz: Ibidem.
213. Ballowitz: Ibidem.
214. P. Guttmann: Verhandlungen der Berliner medicinischen Gesellschaft 30. November 1887. Berl. klin. Wochenschrift 1887, S. 972.
215. Chavannaz: Société de médecine de Bordeaux. Journ. de méd. 1892, 51.
216. Chrétien: Société d'anatomie 1895, Nov. Annales des mal. des org. génito-urinaires 1896, Februar, 174.
217. G. D. Perthes: Zeitschrift für Chirurgie 1896, XLII, S. 204.
218. Jolly: Soc. anat., 9. Jan. 1896.
219. James Israel: Verhandl. d. fr. Verein. Berliner Chirurgen, IX, 1897, S.-A. Deutsche med. Wochenschrift 1896/97.
220. Grénet: Soc. anat., Dec. 1897.
221. Chassaing: Soc. anat., Avril 1897.
222. Hussenet: Arch. de méd. et de pharmacie milit., Mars 1897. XXIX, S. 210.
223. Brewer: Med. News 1897, 31. Juli.
224 Ebstein: Virchow-Arch. 145, S. 158, 1896.
225. Galt: Brit. med. Journ. 1897, 30. Oct.
226. Grénet: Soc. anat., December 1897.
227. Houzel: Gaz. méd. de Straßbourg. Revue de chirurg. 1898, S. 692.
228. Verhoogen: Annales de la société belge de chir., VI, 1898, S. 246.
229. Kroenlein: 29. Congreß d. D. Gesellsch. f. Chirurgie, April 1900. Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 19, S. 424.
230. Keen und Johnson: ?
231. Gross: ?
232. Koenig-Pels-Leusden: Die Tuberculose der Niere, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1900, LV, S. 7, Beob. 3, und Hildebrandt, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1895, S. 143.
233. Springorum: Med. Gesellsch. zu Magdeburg, 15. December 1898. Münch. med. Wochenschrift 1899, 8., S. 270.
234. Linckenheld: Vereinigung niederrhein.-westfälischer Chirurgen, 18. Nov. 1899, Deutche med. Wochenschrift, 3. Mai 1900.

Die 21 neu gesammelten Fälle.

214. P. Guttmann: Verhandl. der Berl. med. Ges. 1887, 30. Nov. Berliner klin. Wochenschrift 1887, 51, S. 972.

47jähriger Mann, gestorben an Granular-Atrophie der Leber; trotz Ascites reichliche Harnmengen. Die linke Niere fehlt; rechte Niere stark hypertrophisch, mit zwei Arterien, Ureter mündet in der Mitte der Harnblase. Linke Nebenniere fehlt, keine Abnormitäten an Genitalorganen.

215. Chavannaz: Rein unique avec vaisseaux supplémentaires, capsule surrénale unique etc. etc. Société de médecine de Bordeaux. Journal de méd. 1892, 51. Annales des Mal. des org. genit.-urin., 1893, S. 73.

Die rechte an der Wirbelsäule gelegene Niere ist etwas größer als normal; auch die Nebenniere ist hypertrophirt. Neben normalem Hilus und Gefäßen findet man an der inneren Kante noch drei überzählige Gefäße. Die linke Niere fehlt. Die Geschlechtsorgane imponiren auf den ersten Blick als weibliche. Der Hodensack comprimirt zwischen seinen zwei Teilen den Penis, der mehr einer großen Clitoris ähnelt. Rechts ist im Scrotum ein weicher, atrophischer Hoden; der linke Hoden ist klein im Leistenring fixirt. Der Penis ist durch zwei Hautfalten in einer Lage festgestellt, die den Coitus beinahe unmöglich macht. Links Pes equino-varus.

216. Chrétien: Absence congénitale d'un rein. Société d'anatomie 1895, Nov. Guyon's Annalen 1896, Febr., S. 174.

Drei Monat altes Kind ging an Lungentuberculose zu Grunde; bei der Autopsie fand man den congenitalen Mangel der linken Niere, ebenso des linken Ureters. Linke Nebenniere lag an normaler Stelle. Die rechte Niere lag tief, war normal bis auf ein erweitertes Becken und dilatirten Ureter.

217. G. Perthes: Ueber Nierenexstirpationen. D. Zeitschr. f. Chir. 1896, XLII., S. 204.

So fand ich bei einer Reihe von Leichenversuchen über Nierenchirurgie gleich beim ersten Lumbalschnitte keine Niere vor. Wie sich bei der Präparation herausstellte, fehlte die Niere der betreffenden Seite, die Nierengefäße, der Ureter und die Uretereneinmündung in die Blase spurlos.

218. J. Jolly. Rein unique. Soc. anat., 9. Januar 1896.

Ein Herzkranker wies bei der Section nur eine, die linke Niere, auf; sie war 19 cm lang, 85 mm breit; der Ureter wie seine Blasenmündung waren normal. An der rechten Seite des Trigonum Lieutandii war eine 1 cm lange sondirbare Uretermündung, dann war der Ureter ein 13 cm langes fibröses Band. Die rechte Niere fehlte ganz.

219. James Israel: Verhdlgen. der freien Verein. der Chirurgen Berlins 1897, IX. S.-A. a. d. D. med. Wochenschr. 1896/97.

Linksseitige Solitärniere, welche gelegentlich der Section eines 52jährigen, an diabetischer Phlegmone zu Grunde gegangenen Mannes gefunden wurde. Die rechte Niere sowie die zugehörige Nierenarterie fehlten gänzlich.

Der gleichnamige Hoden fehlte im Hodensack. Linke Niere stark vergrößert; der Harnleiter entsprang aus der Mitte des ringsum von Nierensubstanz umgebenen Nierenbeckens. Die Harnblase zeigte nur eine linksseitige Uretermündung.

220. Grénet: Deux observations de rein unique avec absence de l'uretère correspondant au rein manquant. Soc. anat. Dez. 1897.

Ein Phthisiker, welcher immer Spuren Eiweiss im Harn hatte, geht an einem erworbenen Erysipel zu Grunde. Bei der Autopsie fehlen linke Niere und Ureter und die Einmündung des Ureters in die Blase; ebenso Arterie und Vene. Rechte Niere normal, ebenso Nebennieren und Geschlechtsapparat. Die rechte normale Niere wiegt 475 gr mit geringer epithelialer Nephritis, ist hypertrophisch.

221. Chassaing (de Clermont Ferrand): Société anatom., April 1897.

Solitärniere gefunden bei einer Autopsie 10. 3. 1897. Rechts keine Spur von Niere oder Nebenniere. Die vorhandene Niere lag links, war gross (11:10:3 cm), sie war durch 2 Furchen in 3 Teile geteilt. Nur ein Ureter.

222. M. C. Hussenet: Tuberculose rénale (rein gauche, avec absence du rein droit). Arch. de. med. et de pharm. milit., März 1897, XXIX, S. 210.

Ein schon früher an Pollakiurie, Polyurie und Nephritis behandelter 21jähriger Soldat wird mit gastrischen Symptomen in's Hospital geschickt: Syncope, Harnverhaltung, Blase schmerzhaft ausgedehnt, starke Diarrhoeen, Delirien; Eiweiß im trüben Harn; später Incontinentia urinae, Tuberkelbacillen im Harn. Exitus. Erst in den letzten Tagen nach Auffinden des Tuberkelbacillus konnte man die Diagnose: Tuberculosis genito-urinaris stellen.

Autopsie: Nur linke Niere, 330 gr (3mal mehr als normal). Am convexen Rande ungefähr in der Mitte ist ein hühnereigroßer Absceß; fast überall sonst ziemlich große Tuberkeln mit käsigen Massen. Ureter erweitert. Keine Spur von rechter Niere. Rechte Nebenniere am normalen Platze.

223. G. E. Brewer: Some observations upon the anatomy of the Kidney. Med. News 1897, 31, VII.

Bei einem Fall fehlte die linke Niere samt Ureter und Gefäßen vollständig. Die rechte Niere war doppelt so groß als normal.

224. Ebstein: Virchow's Archiv 1896, CXLV, S. 158.

21jähriges Mädchen behält nach Scharlach Albuminurie. Im Hospital kein Eiweiß, aber Heiserkeit, Puls und Atmung vermehrt, schleimigeitriges, blutiges Sputum, viel Harn. Schmerzen im Leib. Plötzlicher Tod. Rechte Niere, rechter Harnleiter, rechtes Uterushorn und rechte Tube fehlen. Linker Harnleiter in Folge des Druckes des linken Uterushorns verengt, oben erweitert; chronische Pyelitis, Nephritis atrophicans, Cysten und Abscesse in linker Niere, rechte Harnleitermündung fehlt.

225. H. Golt: Absence of one Kidney. Brit. Med. Journ. 1897, 30. Octbr.

Bei einem 64jährigen, im Coma gestorbenen Diabetiker fehlen linke

Niere, Nebenniere, Arterie, Vene und Ureter vollständig. Rechte Niere vergrößert; normal.

226. Grénet: Deux observations de rein unique avec absence de l'uretère correspondant au rein manquant. Soc. anat., déc. 1897.

Einjähriger Knabe erliegt einer Phthise. Die rechte Niere ist hydronephrotisch; das Parenchym ist atrophisch und der Ureter stark erweitert; 1 cm von der Blase hat letzterer eine starke Verengerung, welche die Hydronephrose erklärt. Linke Niere und Ureter fehlen, auch Vene und Arterie dieser Seite; in der Blase keine Spur von Uretermündung, links keine Anomalie des Geschlechtsapparates.

227. Houzel: Kyste hydatique du rein pris pour une tumeur solide de cet organe; nephrectomie; rein unique; mort d'urémie le cinquième jour. Gaz. médic. de Straßbourg. Revue de chirurgie 1898, 692.

26jährige Frau weist 1888, 2 Jahre nach der Entbindung, einen großen, langsam wachsenden Tumor in der linken Weiche auf. Derselbe wird so groß und schmerzhaft, daß die Patientin Ende 1890 nicht mehr arbeiten kann und es zu Atemnot und Erstickungsanfällen kommt. Der Tumor nahm die ganze linke Seite ein, ging 2 Finger breit über die Mittellinie, war hart wie ein Fibrom, ohne Fluctuation und wenig beweglich. Transperitoneale Nephrectomie am 30. April 1891. Es zeigte sich eine sterile Hydatide mit dicken, verkreideten Wandungen, deren cystische Natur erst im Verlauf der Operation erkannt wurde. Da die Ausschälung ohne große Mühe von Statten ging, wurde die Nephrectomie ausgeführt. Die Geschwulst wurde von oben und von unten freigemacht, dann die Vasa afferentia unterbunden. Ich begegnete dann einem Ureter, welcher zwischen 2 Ligaturen durchtrennt wurde, dann einem zweiten Ureter. Die Niere war eine Solitärniere. Ich unterließ natürlich die Nephrectomie, legte eine elastische Ligatur an, um die Cyste zu entfernen und den Nierenrest zurückzulassen. Leider war derselbe schon seiner Gefäßverbindungen beraubt; es war zu spät. Anuria completa. Exitus am 5. Tage an Urämie wie bei einem physiologischen Experiment.

228. Verhoogen: Annales de la Société Belge de Chirurgie 1898, VI, Seite 246.

J. W., 49 Jahre, gut genährtes Mädchen, begann vor drei Jahren mit Harnbeschwerden zu erkranken, welche Brennen am Ende der Miction hervorriefen; gleichzeitig war der Urin manchmal rot von Blut, später wurde sein Satz eitrig-schleimig. Langsam verschlechterte sich der Zustand bis zum jetzigen sehr üblen Allgemeinbefinden mit starker Abmagerung und Anämie, Anorexie. Der Urin ist stark eitrig und enthält Tuberkelbacillen. Die rechte Niere ist sehr groß, auf Druck schmerzhaft und ist fixirt. Cystoskopie wegen Intoleranz der Blase unmöglich. 7. Mai 1898 findet man bei der Operation die Niere an ihrer ganzen Oberfläche verwachsen (Perinephritis); in Hinsicht auf den schlechten Zustand der Kranken wird nur eine große Incision gemacht und alle zugänglichen Cavernen ausgewaschen, tamponirt und drainirt. Abends große Schwäche, keinen Tropfen Urin, die

Blase ist leer. Der Verband ist vom Harn durchtränkt. Am nächsten Tage Exitus. Die linke Niere fehlt völlig.

229. Kroenlein: 29. Congreß der D. Ges. für Chirurgie, April 1900. Berliner klin. Wochenschrift, 1900, 19, Seite 424.

Die großen Schwierigkeiten der Diagnose über den Sitz des Verschlusses bei Anurie muß ich zugeben. In einem Falle ohne jeden Anhaltspunkt habe ich die Laparotomie zur Inspection gemacht und constatirt, dass die rechte Niere vollständig fehlte. Darauf habe ich den Bauch wieder geschlossen und bin nun extraperitoneal auf die linke Niere losgegangen, konnte aber keinen Stein finden. Da ich mich damals noch scheute, zu incidiren, ist der Patient zu Grunde gegangen. Die Section förderte einen Stein zu Tage, 5—6 cm unterhalb des Abganges des Ureters, der erreichbar gewesen wäre.

230. Keen u. Johnson: Ruptur der Niere.

Keine Operation; Verletzter starb an Choc und Blutung. Bei der Autopsie fand man, daß die andere Niere fehlte.

231. Groß berichtet: Schetelig entfernte eine Solitärniere; natürlich starb der Patient durch Anurie.

232. König-Pels Lensden: Die Tuberculose des Niere. D. Zeitschr. f. Chir., LV, März 1900, Beob. 3, und Hildebrandt: D. Zeitschr. f. Chir. 1895, S. 143, S. 7.

Herr N., 30 Jahre, erkrankte 1879 an Harnbeschwerden; es stellte sich häufiger Harndrang mit Entleerung von viel trübem Harn ein. Plötzlich stockte der Harn mit heftigen rechten Nierenschmerzen einen Tag, anderthalb Tage, um dann wieder vermehrt mit großer Erleichterung zu fließen. Der krümelige Bodensatz enthielt viel Detritus, reichliche Blasenepithelien, zumal cylindrische, öfter Blutkörperchen und Leucocyten. Vom Rectum aus fühlte man einen haselnußgroßen Tumor oberhalb der Prostata rechterseits. Dazu entwickelte sich eine Schwellung im rechten Hoden, der linke Hoden fehlte (1881). In der Folge hatte sich auswärts in Aegypten ein rechtsseitiger paranephritischer Abscess gebildet und war entleert worden. Der Kranke kam mit dem dringenden Verlangen nach einer Operation. Er war sehr heruntergekommen. Harn trüb, eiterhaltig, enthielt Eiterkörperchen und viel Detritus neben Epithelien und ziemlich großer Menge von Eiweiß. Jetzt fühlte man auch eine schmerzhafte Geschwulst der rechten Seite unter der Leber. Inzwischen mehrten sich die oben beschriebenen Anfälle von Anurie und während sie zunächst noch von freien Zeiten unterbrochen werden, trat plötzlich eine dauernde Unterbrechung der Harnentleerung ein. Urämische Anfälle führten das Ende herbei. Section: Tuberculose der Lungen, der Milz, der Leber. Der gesamte linksseitige Urogenitalapparat, Hoden mit Ausführungsgang und Samenblase, Niere und Ureter fehlen, rechte Niere vergrössert, mit vielen in Kelche und Nierenbecken offenen tuberculösen Herden durchsetzt. Ureter mehrfach ulcerirt.

Die cystoscopische Diagnose des Ureterdefectes der linken Seite hatte

wegen grosser Empfindlichkeit des Kranken bei stets trübem Harn nicht gestellt werden können.

233. Springorum: Med. Ges. zu Magdeburg 1898, 15. XII. Münch. med. Woch. 1899. 8. S. 270.

Eine 61jährige Frau erkrankte mit totaler Anurie infolge eines eingekeilten Steines der rechten Niere. Nephrotomie, das Nierenbecken mäßig erweitert, ohne Stein. Wegen starker Blutung Tamponade. Am nächsten Tage Exitus. Autopsie: Rechte große Niere mit starker Degeneration des Parenchyms; 5 cm unterhalb des Nierenbeckens im Ureter ein Stein fest eingekeilt, der das Lumen vollständig verschloss. Links war keine Niere vorhanden, der linke Ureter war nicht einmal angedeutet.

234. Linkenheld: Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Chirurgen. 18. Nov. 1899. D. med. Woch. 1899, 3. Mai.

Nach einem Excess in baccho erkrankte ein 17jähriger Mann an Anurie. Am fünften Tage in linker Nierengegend kindskopfgroße Resistenz. Freilegung der Niere durch einen Bogenschnitt von der letzten Rippe bis zum Nabel. Niere um das Vierfache vergrössert, blaurot, reißt bei der schwierigen Enucleation an verschiedenen Stellen ein. Etwa 4 cm unterhalb des Nierenbeckens wird das Concrement gefühlt, dasselbe läßt sich nach oben verschieben und wird aus dem incidirten Nierenbecken extrahirt, der erbsengrosse prismatische Stein war nicht eingekeilt, wirkte vielmehr mit der Spitze nach unten gekehrt wie ein Kugelventil. Die fünf Tage bis zur Operation andauernde Anurie könnte beim Vorhandensein von zwei Nieren auf reflectorischem Wege zu Stande gekommen sein. Doch dürfte eine solange anhaltende reflectorische Anurie zu den grössten Seltenheiten gehören. Die starke Vergrösserung sprach dafür, daß es sich um eine einseitige Niere handle; der Verlauf bestätigte die Vermutung. So lange die Nähte im Nierenbecken hielten, wurde täglich über 2 l Urin durch die Blase entleert; als dieselben rissen, wurden jeden Tag nur noch 50 gr entleert.

Bei Durchsicht dieser 234 Fälle kommen wir zu folgenden Daten, welche uns näher interessiren.

Die Niere fehlte 127 mal auf der linken Seite, 97 mal auf der rechten Seite; 12 mal war die Seite nicht angegeben. Beim männlichen Geschlecht kam der Nierendefect 76 mal links, 47 mal rechts zur Beobachtung. Beim weiblichen Geschlecht wird er ziemlich gleichmäßig rechts und links gefunden. Der congenitale Nierendefect wurde ungefähr doppelt so oft bei Männern als bei Frauen constatirt; doch kommen bekanntlich viel weniger Frauen zur Autopsie. Das Lebensalter spielt — soweit Angaben darüber vorliegen — keine Rolle, denn vom Fötus bis zum höchsten Greisenalter wurde der Mangel einer Niere nachgewiesen.

Die Nierengefäße fehlen regelmäßig, nur einige Male kamen Rudimente derselben zur Beobachtung. Der Ureter fehlt in den meisten Fällen; doch 17 mal wird ausdrücklich erwähnt, daß er auffindbar war;

vielleicht ist da ein Nierenrudiment übersehen worden. In einigen Fällen war eine Ureterenöffnung in der Blase vorhanden, welche 1—2 cm sondirbar war; in fernerem Verlauf war dann der Harnleiter obliterirt und wurde bandförmig. In wenigen anderen Fällen hatte die Blase an Stelle der normalen Ureterenöffnung nur eine kleine Ausstülpung (66, 97, 92, 161, 218). In 74 Fällen wird ausdrücklich bemerkt, daß auf der Seite des Nierenmangels keine Spur einer Uretermündung in der Blase zu finden gewesen ist. Viermal fehlte die linke Trigonumhälfte gänzlich (80, 152, 200, 210), vom Mangel der rechten Trigonumhälfte wird niemals berichtet. In zwei Fällen (92, 165) war an Stelle der Ureterenmündung ein kleines Divertikel. In den Beobachtungen 35, 36, 137, 214 mündet der einzige Harnleiter in der Mitte der Blase, bei No. 113 und 158 endete der Harnleiter in einer unter der Blasenschleimhaut liegenden Cyste, in welche auch anscheinend der Samenleiter mündete. In 73 von den 233 beobachteten Fällen, also in $33^1/_3$ $^0/_0$ war ein Fehlen der Harnleitermündung vorhanden; wir können deshalb darauf rechnen, im dritten Teil der Fälle durch die Cystosopie auf den congenitalen Defect einer Niere aufmerksam gemacht zu werden, wenn der Zustand der Blase eine cystoscopische Untersuchung und Diagnose erlaubt. Ich füge 44 nicht controlirbare Fälle im Litteraturverzeichniss an.

Uncontrolirbare Fälle.

Alexander: Pract. Tijdschr. v. d. Geneesk. Gorinchem. 1837, IV. Suppl., 12—15.

Aristoteles: Degener. anim., Lib. IV, S. 362.

Breslauer Sammlung 1726, pag. 583.

Bourienne: Année médicale Caen 1884, IX, pag. 88.

Baglivi: Opp. ed. Kühn, pag. 39.

Botallus: Obs. anat., I.

Cargill: Provincial Med. Journ. and Retrospect of the Med. Science. London 1842, V, pag. 158.

Columbus: De re anatom., L. XV, pag 487.

Church: Journ. of the americ. med. association. Chicago 1884, II, pag. 19.

Duret: Halleri op. pract. e enarrationibus Lud. Duret, Paris 1664, L. I, Cap. 47.

Darby: Proceedings of the Pathol. Society of Philad. 1857—1860, I, pag. 199.

Eustach: De renum structura, Cap. X.

Ferrario: Gazzetta degli ospitali. Milano 1884, V, pag. 467.

Fernelius: Physiol., Lib. I, Cap. 7

Gatti: Ibidem 1881, pag. 927.

Gigneuse: Vandermonde Journ. de méd. et de chir., Vol. XII, pag. 348.

Giuria: Academia di Genova 1890, pag 18.
Gollidey: Northwestern Med. and Surg. Journ. Chicago 1852—1853, IX.
Gouley: Med. Record. New-York 1872, VII, pag 432.
Harder: Apiarum observ., 77. Paeonis et Pythagorae Exercit., pag. 189.
Henriette: Journ. de méd., de pharm. etc. Bruxelles 1846, IV, pag. 142.
Holt: New York Med. Record 1887, XXX, 25, pag. 696.
Hutchinson: Ibidem 1869.
Ingals: Chicago Med. Journ. and Examiner. 1875, XXXII, 897.
Isaacs: New York Journal of Med. and the Collateral Sciences 1858, 218.
Laube: Ephem. Nat cur. cent. IX, obs. 16.
Langlet: Bull. de la soc. méd. de Reims 1873, XII, S. 134.
Mo: Gazzetta delle cliniche. Torino 1877, XIII, pag. 217.
Morton: Proceedings of the Pathol. Soc. of Phil. 1857, I, 77.
O'Gorman: Indian Medical Gazette. Calcutta 1881, XVI, 281.
Panarolus: Med. obs. Pentecost, I, Obs. 3.
Panthat: Journal de Scavous, März 1681.
Peabody: Bullet. New York Path. Soc. 1881, I, 138.
Peabody: Medical Record. New York 1882, XXII, 613.
Poljokow: Sitz.-Ber. d. kais. kaukas. med. Ges, October 1891.
Rossi: Umberto Istituto anatomico di Firenze. Su alcuni anomalie congeniti dell' apparato urogenitale. Lo Sperimentale 1896, S. 177. In Fall 3 und 1 fehlt je eine Niere.
Rhodius: Montiss. anatom. obs., XXXII, pag. 21.
Schenk: Obs. med., Lib. III, Sect. II. Obs. CLXXII, pag. 21.
Soemmering zu Baillie, S. 169, Anm. 356.
Smith: Edinb. Med. and Surg. Journal, LXVII, 38.
Solenander: Consil., XVI, Sect. 5.
Karl Stephan: De dissect. C. H. partium. Paris 1545, Lib. II, Cap. 15.
Thacher: Medical Record, New York 1892, Vol. 42, pag. 518.
Weir: Indican Medical Gazette. Calcutta 1872, VII, pag. 272.
Wood: New York Med. Record 1886, XXIX, pag. 625. Fehlen einer Niere, Krebs der anderen Niere bei einem Kinde von drei Monaten.

Von den von uns ausführlicher berichteten 21 Fällen von Solitärniere war es in 5 Fällen (227, 228, 229, 231, 234) zur Operation gekommen; die vier ersten Fälle gingen zu Grunde; der Fall Linkenheld ist nicht durch die Autopsie beglaubigt; die Resultate der Operation waren die denkbar schlechtesten. Dies ist um so bedauerlicher, als nach der eingehenden Analyse und Statistik Beumer's (Virchow's Arch. 1870, LXXII) von 48 Fällen — einige wenige sind nicht reine Fälle von Solitärniere — 22mal die Solitärniere erkrankt war, meist an chronischer Entzündung, welche zum Exitus führte; in 10 Fällen dieser 48, also in 25 pCt., fanden sich Concremente. Ob überhaupt ein Operateur im Bewußtsein, eine Solitärniere vor sich zu haben, chirurgisch auf das Organ eingegangen ist, ist mir bisher nicht be-

kannt geworden, auch habe ich eine einschlägige Beobachtung in der Litteratur nicht auffinden können.

II.

Diesen Beobachtungen stehen in klinischer Betrachtung alle jene Fälle gleich, in denen von der einen Niere aus ein nicht secretionsfähiges Rudiment oder eine Verschmelzung beider Nieren zu einem Organ mit einem oder mehreren Ausführungsgängen in normaler Lage oder in pathologischer Verlagerung besteht. Eine Statistik dieser Fälle beizubringen ist nicht möglich; Hufeisennieren z. B. sind vielfach in der Literatur berichtet und ich führe nur einige Beispiele an, vorzugsweise jene wenigen, bei denen der Operateur an der einen als krank erachteten Niere einen chirurgischen Eingriff vorgenommen hat.

Als erster Fall einer glücklich operirten, halbseitig erkrankten Hufeisenniere ist jener bekannt gewordene Fall Socin's[9]) zu erwähnen, in welchem bei einer 47jährigen, seit 30 Jahren an kolikartigen Anfällen mit Hervortreten eines Tumors in der rechten Regio hypochondriaca leidenden Patientin die Nephrectomie ausgeführt wurde derart, daß die rechte, durch eine vier Centimeter hohe und zwei Centimeter dicke, quer über die Vena cava, die Wirbelsäule und die Aorta abdominalis verlaufende Gewebsbrücke mit dem unteren äußeren Rand des linken Schwesterorgans zusammenhängende Niere mittelst Thermocauters und Messers abgeschnitten und entfernt wurde; die Pat. heilte.

Aehnlich ist Braun's[10]) Fall: Pyelonephritis calculosa in der rechten Hälfte einer Hufeisenniere bei einer 45jährigen Frau. 7. März 1881 medianer Bauchschnitt, Tod am Ende der Operation durch Verblutung.

König[11]) entfernte einem kleinen Mädchen ein kopfgroßes Nierensarcom; die intraperitoneal vorgenommene Operation zeigte, daß die Geschwulst lediglich dem rechten Anteil der Hufeisenniere angehörte. Diese lag vor der Lendenwirbelsäule, hatte doppelte Gefäße, doppeltes Nierenbecken, doppelten Ureter. In der Mitte stießen die beiden Nieren mit ihren unteren Polen zusammen und waren verwachsen. An der Verwachsungsstelle wurde die linke Niere mit Catgutfäden durchgenäht und die rechte Niere mit der Geschwulst abgetrennt.

Ferner verweise ich auf den unter 229 mitgeteilten Fall Krönlein's; in der Discussion bemerkte Israel[12]), daß er zweimal an Solitär-

---

[9]) A. Socin: Beiträge zur klinischen Chirurgie IV, 1.

[10]) Braun: D. med. Wochenschrift 1881.

[11]) König-Pels Lensden: D. Zeitschr. für Chir. LV, 1900, S. 8 und Hildebrandt, D. Zeitschr. f. Chir. 1895, 92.

[12]) Israel: 29. Congreß d. D. Gesellschaft für Chirurgie, April 1900. Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 19, Seite 424.

nieren operirt habe, einmal wegen Nierenstein, ein zweites Mal wegen Anurie mit multiplen Abscessen.

Ich füge noch sechs weitere Fälle von congenital atrophischer oder verwachsener Hufeisen- und Kuchenniere an.

1. Tumeur kystique du rein droit avec atrophie excessive du rein gauche. Soc. anatom., Juli 1895. Ann. d. mal. des organ. génito-urin. 1895, XI, pag.

Bei der Autopsie einer an Tuberculose verstorbenen Patientin fand man die rechte Niere in eine Cyste verwandelt, die vom Zwerchfell bis in's Becken reichte. Der entsprechende Ureter war daumendick. Das Gewicht des Tumors betrug 10 Pfund. Ein kleiner Rest der Niere nimmt den hinteren oberen Teil der Cyste ein. Die linke Niere war erst garnicht aufzufinden. Erst als man von der Blase aus den Ureter verfolgte, stieß man auf einen erbsengroßen Körper, der die linke Niere vorstellte. Der linke Ureter war normal weit.

2. Lotheisen: Ein Beitrag zur Chirurgie der Nieren. Archiv für klin. Chirurgie 1896, 52, S. 768.

28jähriger Arbeiter mit Hypospadie und rechtem Kryptorchismus hatte 1883 eine enteneigroße Geschwulst im Bauch; 1890 kolikartige Schmerzen anfallsweise (bis zwei Stunden); rasches Wachstum des nicht verschieblichen, glatten, fluctuirenden, etwas nach rechts über die Medianlinie gehenden, retroperitonalen Tumors in der linken Bauchhälfte. Spaltung des Mesocolons, durch die Punction der vorliegenden Cyste wird 1 l chocoladebrauner Flüssigkeit entleert. Erweiterungsquerschnitt durch die Bauchdecken nach links zu Ausschälung der Cyste, welche sich beim Aufschneiden als vom erweiterten Nierenbecken gebildet erwies. Eine zweite mit ihr verwachsene Cyste ließ sich schwer loslösen. Als man zur Niere vorgedrungen war, erkannte man eine Hufeisenniere. Um die Cyste entfernen zu können, trug man ein Theil Nierensubstanz mit dem Thermocauter ab. Zur Stillung der schweren Parenchymblutung wurden um die Mitte der Hufeisenniere drei Ligaturen angelegt und durch diese die Niere vorsichtig zusammengezogen. Jodoformgaze, partielle Naht. Geringe Harnsecretion. Pilocarpin, Oeffnung des Bauches, Entfernung zweier um die Nieren liegender Nähte. Exitus. Die Niere lag subperitoneal im ausgezogenen Mesenterium der Flexura sigmoidea mit dem Becken nach links vorn. Linker Ureter war undurchgängig.

3. Tully Vaughan: A case of single fused Kidney. The New York medical Journal 1897, 13, XI, S. 659.

38jähriger Mann ohne Symptome am Harnapparat stirbt an acuter Peritonitis nach Darmresection. Es war keine linke Niere vorhanden; man fand nur eine vollständig entwickelte Nierenkapsel 5 : 4 cm, zu welcher ein arterielles Gefäß von der Bauchaorta ging. Rechts fand man eine enorme Lförmige Niere, als wenn sich die beiden Nieren im rechten Winkel getroffen hätten. Der rechte 32 cm lange Ureter entsprang aus einem langen

Becken, welches nahe der mittleren Partie des verticalen Astes lag; dies Becken lag hinter den zwei ersten Nierenarterien und vor einer dritten Arterie. Der linke Ureter kam vom Hilus der vorderen Fläche, war 27 cm lang. Die Ureteren mündeten normal in die Blase. Diese Art Solitärniere durch Vereinigung der beiden Nieren auf einer Seite an normaler Stelle kommt einmal unter 8000 Sectionen vor.

4. Albarran et Cottet: Tuberculose rénale ascendante. Double uretère pour le rein gauche. Soc. anat., Mai 1898. Ann. des mal. des org. gen.-urin., 1899, 1.

Bei einer an allgemeiner Tuberculose verstorbenen Frau, die Jahre lang Zeichen von Urogenitaltuberculose darbot, fand sich die linke Niere in zwei Hälften abgeteilt — eine gesunde und eine kranke. Denselben entsprang ein gesunder resp. ein kranker Ureter, die aber beide von der gleichen Hülle umgeben waren. Die beiden Harnleiter mündeten getrennt in der Blase. Hier hatte der kranke Harnleiter einen Hof von tuberculös veränderter Schleimhaut.

5. Springorum: Med. Ges. zu Magdeburg, 15. Dec. 1898. Münchener med. Wochenschrift 1899, No. 8, S. 270.

Ein 56jähriger Mann leidet schon längere Zeit an schwerer Cystitis und Hämaturie. Einige Zeit vorher war von einem Urologen mittels Cystoscop eine normal secernirende rechte Niere festgestellt worden, während links in Wahrscheinlichkeit eines Nierencarcinoms angenommen und die Nephrectomie empfohlen wurde. Wegen der Hinfälligkeit des Patienten wurde die Operation aufgeschoben. Acht Tage später Exitus. Autopsie: Links große weiße Niere, rechts statt der Niere nur ein kleines schlaffes Gebilde, das sich als Rudiment des Nierenbeckens darstellt Nierenparenchym war nicht vorhanden; der rechte Ureter endigte 10 cm von der Blase als Blindsack.

6. Power: A case of suppression of urine associated with a single kidney. Lancet 1900, I, 25/26.

36jähriger Mann kommt in's Hospital mit der Mitteilung, er habe seit sechs Tagen keinen Harn entleert; kein Harn in der Blase. Große Schwäche; die einzige Abnormität war etwas Muskelrigidität auf der rechten Seite des Bauches. Incision auf der rechten Seite, wo man eine kleine Niere fand; mit Acupunctur konnte kein Stein entdeckt werden. Der Ureter erschien frei von Obstruction. Am nächsten Tage entleerte er nach heißen Bädern etwas blutigen Harn, bald darauf wurde er cyanotisch und bekam aussetzenden Puls. Kurze Zeit später Exitus. Linke Niere bestand aus nur wenig Bindegewebe. Linker Ureter durchgängig, aber dünn. Linke Arterie und Vene fehlen. Rechte Niere war kleiner als normal, Becken dilatirt, Kapsel adhärent, granulirt und congestionirt, vier kleine Nierensteine im Becken, Ureter durchgängig. Das Fehlen von linken Nieren, Arterie und Vene beweist den congenitalen Mangel der Niere.

Von den zur Operation gelangten Fällen sind nur Socin's und König's Fälle geheilt. Brown's, Lotheisen's, Krönlein's und

Power's Fall sind zu Grunde gegangen; von Israel's Fällen kennen wir den Ausgang nicht. Die Resultate sind keineswegs ermutigend, zwei Gerettete zu vier zu Grunde Gegangenen; die Ursache der schlechten Erfolge ist einesteils in dem Nichterkennen der Mißbildung und in der bisherigen Unmöglichkeit, die Function der anderen Niere beziehungsweise Nierenhälfte zu prüfen, zu suchen. Einmal war wegen Tumor, einmal wegen Eiterniere, zweimal wegen Pyelonephritis calculosa, dreimal wegen Steinen, einmal wegen multipler Abscesse operirt worden.

III.

Während wir in den bisher besprochenen Gruppen der congenitalen Solitärniere und der einen Niere mit rudimentärer Entwickelung des Schwesterorganes beziehungsweise der Verwachsung beider Nieren genöthigt waren, zur genaueren Kenntnis der Verhältnisse die Beobachtung anatomischer Präparate heranzuziehen, haben wir es jetzt fast ausschliesslich mit der Betrachtung klinischer Fälle von Operationen an den Nieren bei Krankheit der anderen Niere zu thun. Ich habe hierzu 32 Fälle der letzten Jahre gesammelt und erhebe natürlich keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit der Casuistik; doch bieten diese Beobachtungen selbst im Auszug hinreichend Punkte dar, um das Erfordernis der exakteren Diagnose vor der Operation zu begründen.

1 Merckel (Nürnberg): Bayr. Aerztl. Intelligenzblatt 1879, 21.

28jährige Frau hatte in letzter Zeit eine Geschwulst im Abdomen bemerkt, die ihr beim Gehen lebhafte Beschwerden verursachte. Bei der sehr schlecht ernährten P. findet man einen Tumor, der sich von rechts her leicht gegen die Linea alba drängen läßt. Diagnose: Organisch erkrankte Wanderniere. Op. 24. October 1879, Bauchschnitt in der Linea alba. Der Stiel wird en masse ligirt Steatose der rechten Niere. Es wird wenig klarer Harn entleert. Am fünften Tage stirbt Patientin an Uraemie. Die linke Niere war auch fettig degenerirt.

2. Raffa (Rovigo): Centr.-Bl. für Chirurgie 1881. Citat aus Gaz. med. Italian. 1881, 19/20.

20jährige Patientin hat seit 16 Monaten trüben Urin, der stinkenden Eiter enthält. Rechts über dem Nabel findet sich eine bewegliche, schmerzhafte Geschwulst von Hühnereigröße. Operation: Lumbalschnitt. Die Niere wird bis auf den oberen Pol stumpf ausgelöst, der fingerdicke Stiel mit zwei Seidenligaturen gesichert. Blutung gering. Am achten Tage werden die Ligaturen ausgestoßen. Eine Fistel besteht fort. Nach vier Monaten erfolgt der Tod durch Tuberculose. In der linken Niere fanden sich Käseherde.

3. Lücke: D. Zeitschr. für Chirurgie, XV, p. 519, 1881.

Ein Mann von 60 Jahren bemerkt vor längerer Zeit eine Härte im Unterleibe. In der rechten Abdominalhälfte findet sich ein harter glatter,

etwas schmerzhafter Tumor; der Urin ist normal. Diagnose: Nierensarcom. Operation 1. Aug. 1880: Schnitt in der Linea alba. Der mobile Tumor wird mit den Händen ausgeschält, wobei er abreißt Es entsteht eine mächtige venöse Blutung, die nach einigen Minuten durch Compression mit Schwämmen gestillt wird. Ligatur der Gefäße. Compressionsverband. Es stellen sich Diarrhoen ein bei Anurie; Tod durch Collaps am vierten Tage. Die rechte Niere ist carcinomatös, die linke Niere partiell geschrumpft und cystös entartet. Die Renalvene ist abgerissen, enthält einen carcinomatösen Thrombus. Ein 15 cm langer Riß in der Vena cava ist durch einen Thrombus geschlossen.

4. Lange: New York med. Record, XVIII, No. 6.

Seit drei Jahren hatte die 47 Jahre alte Patientin Beschwerden. Der Urin war bis vor Kurzem eiterhaltig und wurde dann plötzlich wieder klar. Im rechten Hypochondrium findet sich hinter den Därmen ein kindskopfsgroßer Tumor. Patientin hat sehr hohes Fieber. Diagnose: Rechtsseitige Pyonephrose, linke Niere gesund. Operation 24. März 1880. Der Schnitt wird geführt vom Rande des Sacrolumbalis nach unten und innen zum Rectus abdominis. Am oberen Pol finden sich starke Verwachsungen mit der Nachbarschaft. Der Stiel wird in vier Portionen ligirt. Blutung gering. Nach der Operation tritt vollständige Anurie ein und Patientin stirbt nach 84 Stunden in tiefem Coma. Die exstirpirte Niere hat den doppelten Umfang einer normalen In ihr finden sich viel Cysten (Abscesse), welche Steine enthielten. Linke Niere ebenfalls vollständig degenerirt, wahrscheinlich in Folge alter Pyelitis. Der linke Ureter ist obliterirt

5. Küster: Ueber die Sackniere. 1888. D. med. Wochenschrift 21, S. 418.

Ida S., 28 Jahre, aus Gotha, wurde am 27. März 1887 mit der Diagnose: Doppelseitige Hydronephrose bei Steinniere links zugeschickt. Seit 5 Jahren traten hier und da dumpfe Schmerzen in der linken Unterbauchgegend sowie selten rheumatische Schmerzen in der linken Lendengegend ein, welche von da ausstrahlten. Seit 2½ Jahren bemerkt Patientin eine Trübung des Urins, im August 1886 trat in Wildungen ein heftiger, 5 Tage dauernder Schmerzanfall in der linken Unterbauchgegend auf. Seitdem war die Trübung des Urins viel stärker, es fanden sich Fetzen in demselben und leicht blutige Streifen, während stärkere Blutung nie vorhanden war.

Der frisch gelassene Urin ist trübe, es schwimmen in ihm größere und kleinere Fetzen; filtrirt läßt er beim Kochen eine deutliche, wenn auch durchsichtige weiße Trübung erkennen, die auf Salpetersäurezusatz nicht verschwindet. Kein Zucker. Mikroskopisch enthält er neben zahlreichen weißen Blutkörperchen eine ziemliche Menge großer, unregelmäßig geformter, durchsichtiger Plattenepithelien, zum Teil mit einem langen Fortsatz versehen. Keine Harncylinder. Die oben erwähnten Fetzen bestehen aus Schleim, weißen Blutkörperchen und Epithelien.

Die rechte Niere liegt an normaler Stelle und zeigt dunkle Fluctuation. Probepunktion negativ. Die linke Nierengegend wird eingenommen von einem deutlich fluctuirenden Tumor von der Größe dreier Fäuste, welcher

bis etwas unterhalb der Spina ant. sup. nach abwärts reicht und über welchem nach vorn hin überall Darmton zu hören ist. Die eingesenkte Hohlnadel stößt sofort auf Steine. Bei der Nephrolithotomie kommen aus dem Nierenbecken große Mengen trüben Harns und ein großer verästelter Stein, welcher nur gebrochen entfernt werden kann; viele Steintrümmer wurden durch Steinlöffel entfernt. Ausspülung der Niere, deren secretorische Substanz auf wenige Millimeter reducirt ist. Drei Tage später Tod im urämischen Sopor; erstens war die rechte Niere, wie vorher constatirt, nicht gesund zweitens ist wohl nicht an Reflexanurie (bei einer Nephrotomie) zu denken, sondern an den Einfluß des benutzten Sublimates auf das Nierenepithel.

6. Eugen Cohn: Vorstellung eines seltenen Falles von Hydronephrose. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 3. December 1888. Berliner klin. Wochenschrift 1892.

Patientin, 30 Jahre, hat ein Kind geboren, einmal abortirt. Im October 1886 spürte sie nach schwerem Heben einen schmerzhaften Ruck im rechten Hypochondrium. Seitdem mußte sie häufiger uriniren, hat auch bisweilen Blut im Harn bemerkt. Später zeigte sich eine Geschwulst unterhalb des rechten Hypochondriums, dabei bisweilen heftige, in den Rücken ausstrahlende Schmerzen. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus Friedrichshain Juli 1887 fand sich rechtsseitig ein großer Nierentumor von glatter Oberfläche ohne Fluctuation. Harn etwas trüb, 2—3000 ccm in 24 Stunden. Nach Bettlage verschwanden die Schmerzen, kamen aber wieder, ebenso Blutbeimischungen zum Urin. Am 21. Januar 1888 wurde eine Nierenbeckenfistel in der Axillarlinie angelegt. Seitdem entleert sich die ganze Urinmenge aus der Fistel, kein Tropfen gelangt in die Blase. Bei Verengerung der Fistel trat etwas Urin in die Blase über, aber der Tumor schwoll unter Fieber wieder an, so daß das Nierenbecken seitdem dauernd drainirt werden muß. Wahrscheinlich handelt es sich um den seltenen Fall eines congenitalen Defectes oder einer gänzlichen Atrophie der linken Niere. Der Fall beweist die Gefahr einer Exstirpation einer Niere ohne Nachweis des Vorhandenseins einer zweiten.

7. Herczel: Beiträge zur klinischen Chirurgie 1890, VI, S. 489, Braun, Deutsche med. Wochenschrift, Nachtrag 13. Aug. 1881, S. 449.

Patient A. B., 33 Jahre, durch Lendenschnitt wegen Hydronephrose nephrectomirt, starb am Tage nach der Operation. Die linke Niere erschien völlig atrophisch, sie stellte ein flaches, 4 cm langes, 1—2,5 cm breites, von einer dünnen, aber sehr gefäßreichen Bindegewebs-Schicht überzogenes Organ dar, das kein secernirendes Parenchym enthielt. Von ihrer inneren Seite ging der 30 cm lange Ureter vom obliterirten Nierenbecken ab, er war auf eine Entfernung von 4 cm völlig verschlossen, dann aber bis in die Blase hinein durchgängig, sein Ostium vesicale erschien bedeutend enger, der Harnleiterwulst viel weniger entwickelt als rechts.

8. Herczel: Ueber Nierenexstirpation. Klinische Beiträge zur Chirurgie 1890, VI, S. 362.

43jährige Kaufmannsfrau, welche schon seit $17^1/_2$ Jahren an linksseitigen

Nierensteincoliken mit periodisch stärkerem Eiterabgange aus der Blase, an Albuminurie u. s. w. litt. Bei der Bloßlegung der Niere am 21. Juni 1889 kamen wir sofort an der hinteren Fläche derselben nahe der Mitte des convexen Randes auf einen haselnußgroßen Absceß und durch dessen Incision in eine wallnußgroße Höhle (erweiterter Kelch), in welcher ein keilförmiger Stein eingeklemmt lag. Nach Extraction Tamponade. Es wurde nur die Nephrotomie vorgenommen, weil begründeter Verdacht auf Amyloid der anderen rechten Niere vorlag. 16. Juli Exitus.

9. Herczel: Beiträge zur klin. Chirurgie, VI, 1890, S. 502 (gekürzt).

36jähriger Staatsanwalt Paul D. bemerkte vor sechs Jahren mehrfach blutige Färbung des Harns. Im Winter 1879/80 Entleerung von geronnenem Blut mit großen Beschwerden. April 1881 wurde die linke Niere als vergrößert befunden und hat seitdem stetig an Gewicht zugenommen. Subicterisches Colorit des abgemagerten Patienten. Thorax links unten aufgetrieben durch mannskopfgroßen Tumor, welcher, unter dem linken Hypochondrium entspringend, bis zur Crista ossis ilei sin., bis zum Nabel und in den Regio epigastr. noch 2—3 Finger über die Linea alba reicht, flachköckerig, derb, nicht fluctuirend und zeigt zwischen Linea axillaris und mammillaris eine flache Vorwölbung, welche die Haut unterhalb des Rippenbogens 4—5 cm hervordrängt; bei tiefer Inspiration rückt er etwas herab. Urin enthält viel Eiweiß und viele hyaline, manche granulirte Cylinder, noch mit Epithelbesatz. 14. Februar 1885. Der Tumor wird nach Eröffnung des Bauches meist stumpf gelöst, hervorgewälzt, wobei das mit Käse gefüllte Nierenbecken abreißt. Gefäße einzeln abgebunden, dann ebenso in toto der Stiel Ureter nicht zu finden. Der Tumor war sehr groß. Nur wenige Tage gutes Befinden nach der Operation, dann Trockenheit im Munde, Hustenreiz, Schlaflosigkeit, Fußödeme, Diarrhoen, nie Fieber. 20. Februar Exitus. Der Harn war nach der Operation genügend und ärmer an Eiweiß und Cylindern gewesen wie vorher.

Autopsie: Linke Nierenvene fast bis zur Kreuzungsstelle der Aorta mit einem großen Thrombus erfüllt; ebenso linke Nierenarterie. An den Nierengefäßen rechts normale Verhältnisse. Rechte Niere mit mehreren Cystenbildungen an der Oberfläche, blaß, glänzend, giebt typische Jodreaction.

10. Herczel: Ueber Nierenexstirpation. Beiträge zur klin. Chirurgie, VI, 1890, S. 361.

38jährige ledige Dame mit Ectopia vesicae congenitalis. Mit 30 Jahren mit Schüttelfrost periodisch heftige Schmerzanfälle in der linken Weiche; der Harn blieb zuweilen halbe Tage lang aus, war oft trübe, blutig, mit kleinen Concrementen. 25. Juli 1888 wegen achttägiger Anurie Punction eines Tumors in der rechten Nierengegend durch Prof. Czerny; Entleerung jauchigen Eiters. In der rechten Abominalhälfte eine kugelrunde, kopfgroße, etwas fluctuirende Geschwulst, welche die Medianlinie überschreitet; links ein kleiner Tumor. Die Sondirung der Ureteren in Narcose führte keine Flüssigkeitsentleerung herbei. Rechts Nephrotomie, Entleerung von $1^1/_2$ l

urinöser Flüssigkeit. Der Finger gelangt durch das harndurchtränkte perirenale Fettgewebe und durch das stark verdünnte, stellenweise durchbrochene Nierenparenchym in das mit Concrementen gefüllte, stark erweiterte Nierenbecken, von wo aus ca. ein Dutzend bohnen- bis halbnußgroße Steine und viel Gries entleert werden. 27 Stunden nach der Operation Exitus. Im rechten Nierenbecken noch viel Steine, Ureter abgeknickt. Linke Niere vollkommen atrophisch, Kelch mächtig erweitert, voll Concrementen, welche die Mündung des Ureters verlegen.

11. Herczel: Ueber Nierenexstirpation. Beiträge zur klin. Chirurgie, VI, 1890, S. 360.

39jährige, stark abgemagerte Dame litt seit Jahren an linksseitigen Nierenbeschwerden. Im Urin viel Eiter und Albumen. In der linken Lendengegend ein stark zweifaustgroßer fluctuirender Tumor. 25. Juni 1882 Lumbalschnitt, Incision, Entleerung einer großen Menge Jauche. Es bestehen mehrere Absceßhöhlen, durch dünne Zwischenwände geschwundener Nierensubstanz getrennt. Im Nierenbecken fest eingelagert ein großer (4 : 2 : 1 cm) Stein, der mit Löffel und Kornzange in vier Stücken herausbefördert wird. Desinfection, Tamponade mit Jodoformgaze. Die große Höhle entleerte viel Eiter, der zum Teil durch die Blase abging, und bald gab es trotz sorgsamer Drainage und Ausspülungen Secretretentionen mit leichten Schüttelfrösten. Die Wunde wurde ödematös, allgemeines Anasarca. Ende September im Harnsediment hyaline und granulirte Cylinder, ein Beweis für die Krankheit der anderen Niere. Später fibrinöse Pleuritis, Peritonitis, Exitus vier Monate post operationem.

Autopsie: Rechte Niere parenchymatöse Nephritis, linke Niere starke eitrige Pyelitis, Ausdehnung des Nierenbeckens, Schrumpfung der Niere. Durch eine rechtzeitige Exstirpation hätte man vielleicht die Niere retten können.

12. Herczel. Ueber Nierenexstirpation. Beiträge zur klin. Chirurgie 1890, VI, S. 343.

L. S., 24 Jahre. Früher Unterleibsentzündung, Gonorrhoe und Nachtripper. Mit 21 Jahren Schmerzen in der linken Uringegend; der Urin ist zeitweise stark getrübt, salzig, zeitweise wieder hell, strohgelb. Kein Blut. Seit $1^1/_2$ Jahren wird Patient schlechter, Schmerzen werden constant. Benzoesäure, Wildunger Kur bringen keine Besserung. Kein Blasenstein. Urin: 1200—1300 ccm., 1016—1018 spec. Gew., schwach alkalisch, $^1/_{12}$ bis $^1/_{15}$ Vol. % Eiweiß; massenhafte Leucocyten, viel Tripelphosphate, vereinzelte hyaline Cylinder, Plattenepithelien, Detritus, keine Tuberkelbacillen. Sehr anämischer Mann mit stark gespannten Bauchdecken. In der Narcose fühlt man deutlich in der Tiefe den unteren Nierenpol bei der Atmung etwas herabtretend. In der Knieellenbogenlage nur ein sehr unbedeutender Unterschied in der Percussion zwischen links und rechts. 19. Juni 1889 Operation mit der Absicht, zunächst nur eine Nephrotomie vorzunehmen: Die linke Niere ließ sich durch einen schiefen Längsschnitt wegen ziemlich hoher Lage und andringenden Fettes schwer freilegen; bei dem Versuch,

das Nierenbecken zu isoliren, zeigt es sich, daß eine größere Nierenarterie hinter dem Nierenbecken lag. Die Isolirung desselben schien zu unsicher, weshalb die ganze Niere aus der Kapsel enucleirt und nach Erweiterung des Schnittes nach innen und unten vorgezogen wurde. Dabei war der obere Pol der Niere, welche im Ganzen dreilappig ist, fester mit der Umgebung verwachsen und durch Pseudomembranen mit der Kapsel verklebt. Da außerdem verschiedene hämorrhagische Flecke der Niere bestanden, wurde diese im Stiele isolirt, mit elastischer Ligatur unterbunden und abgetragen. Desinfection mit Sublimat Tamponade mit Jodoformdochten. Die exstirpirte Niere zeigt in der Mitte und am unteren Pol eine Anschwellung, während der obere Pol nach hinten stark abgeflacht, an der vorderen Fläche rauh, uneben und mit hirsekorngroßen weißen Pünktchen übersät erscheint, dazwischen das Parenchyn atrophisch, Rindensubstanz reducirt. Eine ähnliche $^1/_2$ markstückgroße Stelle erstreckt sich vom Hilus zwischen mittleren und unteren Anteil der Niere. Das Nierenbecken und die Kelche mäßig erweitert und verdickt, in der oberen Hälfte fleckig gerötet, in der unteren normal. Auf dem Durchschnitt ist die Grenze zwischen den abgeflachten Pyramiden und der Rindensubstanz verwischt und ist die Oberfläche der Niere mit mehreren hämorrhagischen Flecken besetzt, welche sich auf dem Durchschnitte bis in die Pyramiden hinein erstrecken. Nach der Operation erholte sich Patient leidlich; am 21. schlief er sehr viel, die Atmung wurde 12 pro Minute; die minimalen Urinmengen (110 ccm, 20 ccm) flößen den Verdacht auf Krankheit der anderen Niere ein; Ableitung auf den Darm, Coffein natr. sal. Die nächsten Tage viel Schlaf, langsame Atmung (10—12), feuchte Zunge, viel Durst und Schweiß bei klarem Bewußtsein und sehr wenig Urin (10, 10, 64 ccm). Am 26. Unruhe, Zuckungen im rechten Facialis und rechten Arm. Stuhlgang Keine Oedeme. 120 ccm Eiweißharn. 27. Juni Exitus.

Autopsie. Auch die rechte Niere fehlt; statt dessen findet sich im großen Becken ein häutiger Sack, dessen oberes Ende ähnlich wie Nierenkelche ausgebuchtet ist Von diesem führt ein fingerdicker Ureter in die Blase. Etwas nach außen von der Einmündungsstelle desselben gelangt man mit dem kleinen Finger durch eine runde Oeffnung in ein Divertikel der Blase, welches die Größe eines mittleren Apfels besitzt, bis an die Linea innominata hinaufreicht und sich auf diesem Wege hinter den Dickdarm schiebt. Das Divertikel steht mit dem obenerwähnten Sack nicht in Verbindung. Die Blase enthält etwas eitrigen Urin. Blasenschleimhaut trübe, etwas mißfarben. — Fehlen der rechten Niere (congenitaler Defect?) und Umwandlung derselben in einen nach unten verschobenen häutigen Sack.

13. M. Wolkowitz (Kiew): Chirurgische Jahreszeitschrift, 1895, II, Moskau. Internat. Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harnorgane, VI, 1895, S. 332.

Nephrotomie. Andere Niere entartet.

14. Hildebrandt: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1895, S. 97.

In dem letzten Falle brach man die Operation ab, als man erkannte,

daß beide Nieren cystisch entartet waren; Exitus fünf Tage nach der bloßen Nephrotomie unter den Erscheinungen der Urämie; der Patient hatte gewiß nur noch wenig functionirendes Parenchym in seinen Nieren, doch hatte es bis zur Operation ausgereicht, dann aber sistirte die Harnsecretion.

15. Hildebrandt: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1895, S. 111.

Eine Frau hatte in den letzten 26 Jahren zweimal Nierencoliken mit Entleerung großer Steine; seit drei Jahren leidet sie an Schmerzen in der linken Seite; es war nie Blut im Harn. In der linken Unterbauchgegend besteht ein großer Tumor, am meisten der Niere entsprechend. Im Harn Eiter, Cholestearin, viel Eiweiß Die Operation entleert aus der großen Geschwulst viel Flüssigkeit mit Cholestearin und drei fingergroße Nierensteine. Die Patientin lebte acht Jahre mit der fortbestehenden Fistel und starb an Pneumonie. In der anderen Niere waren auch Steine.

16. Hildebrandt: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1895, S. 114.

Ein 22jähriger Mann war vor vier Jahren mit viel Blut im Harn nierenkrank. Seit sechs Monaten leidet er nach einem Hufschlag in die linke Nierengegend an Schmerzen in der linken Niere. Der nierengroße Tumor unter der Bauchdecke oberhalb der Spina ant. sup. wird transperitoneal herausgeschält, nachdem 800 ccm weißlich eitriger Flüssigkeit durch Troicart entleert sind. Nach vier Wochen geht Patient zu Grunde. Die rechte Niere ist von annähernd normaler Größe, Oberfläche glatt, Parenchym verschmälert, ca. 1 cm breit, Nierenbecken und Nierenkelche stark ausgedehnt, glattwandig. Im Becken findet sich ein erbsengroßer glatter Stein von harter Consistenz; Ureter nicht ausgedehnt. Blasencatarrh. Die exstirpirte Niere besteht aus einem sehr großen hydronephrotischen Sack, alle Kelche sind stark erweitert, ebenso das Nierenbecken, so weit, daß die Nierensubstanz stellenweise auf Papierdünne reducirt ist, ihre größte Dicke an einigen Stellen noch etwa $^2/_3$ cm beträgt Auch der Ureter ist sehr erweitert, so daß sein Lumen einem dicken Bleistift an Größe gleicht; im Anfangsteile desselben liegt ein etwa $1^1/_2$ cm langes, festes, den Wänden adhärentes schwarzes Blutcoagulum.

17. Steinthal: Stuttgarter chirurg.-gyn. Vereinigung 1895, 13, XII. Münchener med. Wochenschr. 1896, 16.

Einem jungen Mädchen wurde wegen Tuberculose die rechte Niere entfernt, nachdem man cystoskopisch aus dem linken Harnleiter klare Flüssigkeit hatte austreten sehen. Sie starb am Tage darauf. An Stelle der linken Niere war ein klarer Sack mit klarer Flüssigkeit.

18. Lotheisen: Arch. f. klin. Chirurgie 1896, S. 731. Ein Beitrag zur Chirurgie der Nieren.

Bei einem 39jährigen kranken Mann entwickelt sich seit drei Jahren unter Koliken und Hämaturien ein rechter kindskopfgroßer, harter, höckriger Tumor; jetzt rasche Abmagerung. Lumbale Nephrectomie. Exitus nach 14 Tagen. Neben Metastasen im Gehirn, Pleura, Mediastium ein Krebsknoten in der linken Niere.

19. Lotheisen: Ein Beitrag zur Chirurgie der Nieren. Arch. f. klin. Chirurgie 1896, S. 741.

Billroth's Fall. Einer 48jährigen Frau war während einer Ovariotomie der linke Ureter unterbunden worden. Ureter-Bauchwandfistel. 9 Monate später links lumbale Nephrectomie; 11 Tage später Exitus. Die zurückgelassene Niere zeigte parenchymatöse Nephritis (Carbolvergiftuug?).

20. Lotheisen: Ein Beitrag zur Chirurgie der Nieren. Arch. f. klin. Chirurgie 1896, S. 763.

Eine 40jährige Frau besaß seit 11 Jahren einen Unterleibstumor (siehe Woelfler, Arch. f. klin. Chir., 21). Derselbe war langsam gewachsen, nach einem Sturz geschwunden, um wiederzukehren. Unter der Diagnose: Rechte Nierencyste Laparotomie, Punction, Entleerung von 6 Litern brauner Flüssigkeit, Incision, Vernähung der Ränder mit der Bauchwand, Drainage. 11 Tage später Exitus an Urämie. Die zweite Niere zeigte parenchymatöse und fettige Degeneration (Carbolvergiftung?).

21. Wantscher: Beitrag zur Aetiologie und zur chirurgischen Behandlung acuter eitriger Pyelonephritis. Inaug.-Diss., Greifswald 1896.

Eine 24jährige Patientin starb acht Tage nach der Nephrotomie. Die Section ergab doppelseitige Nephrolithiasis; die rechte Nierensubstanz war fast ganz geschwunden; im Ureter ein ca. 1 cm langer Nierenstein, ebenso die linke Niere geschwunden in Folge eines Steines im Ureter.

22. Bennecke: Freie Vereinigung Berliner Chirurgen, 13. Juli 1896. Berl. klin. Wochenschrift 1897, S. 84.

Sogenannte Struma suprarenalis der rechten Niere eines 51jährigen Mannes, der seit einem Jahre stark abgemagert war und zeitweilig stark blutigen Urin hatte. Schon früher wurde eine große Geschwulst der rechten Niere constatirt, die Operation angeraten, aber abgelehnt. Inzwischen hat sich die Geschwulst vergrößert, stärkere Beschwerden haben sich eingestellt, zeitweilig besteht Urinverhaltung, der Urin ist stark bluthaltig, die Abmagerung hat Fortschritte gemacht, der Kranke ist anämisch und dyspnoisch. Bei der mühsamen Exstirpation zeigten sich zahlreiche retroperitoneale Drüsen, von denen eine Anzahl mit der Cava verwachsener zurückgelassen werden mußte. Tod Tags darauf im plötzlichen Collaps. Die Section ergab cystische Entartung und Hydronephrose der anderen Niere, deren offenbare Insufficienz den Tod herbeigeführt hatte. Metastasen in der linken Nebenniere, den retroperitonealen Drüsen und den Lungen.

23. Pinner: Archiv für klinische Chirurgie 1897, S. 447.

Fall 1. Exstirpation der vergrößerten tuberculösen linken Niere, darauf Anurie und fünf Tage später Exitus. Bei der Section findet sich die linke Niere in eine mit Eiter gefüllte Höhle verwandelt. Keine Cystoskopie, keine Harnstoffbestimmung.

24. Diederich: Soc. Belge de chir. Annales, 15. April 1898, 1. Quelques observations de chirurgie rénale.

Eine 52jährige Frau mit Tuberculose der Niere und Blase starb urämisch, die rechte Niere war degenerirt.

25. Albertin: Anurie calculeuse et rein unique. Ann. des mal. des organ. génito-urinaires 1898, IV.

Durch die linke Nephrotomie ist der Stein nicht entfernbar, deshalb wird die Wunde offen gelassen. Exitus nach zwei Tagen. Die rechte Niere ist nur mandelgroß, schalenförmig um drei kleine Steine. Die rechte Harnleiteröffnung ist sehr klein, der Harnleiter nur für ganz kleine Sonde durchgängig

26. Litten: Berliner med. Ges., 19. October 1898. Berliner klinische Wochenschr., No. 44, 31. October 1898, S. 983.

Eine seit längerer Zeit leidende Frau zeigt im rechten Hypochondrium einen großen fluctuirenden, von der Niere ausgehenden Tumor; viel zäher Eiter im Urin, welcher sonst klar und fast ohne Eiweiß war, $1^1/_2$—2 l, 1012 spec. Gewicht, immer ohne morphotische Bestandteile. Die linke Niere war nicht tastbar, wurde für gesund und für das eigentliche Secretionsorgan gehalten, während man den Eiter der rechten Niere zuschrieb. Der zugezogene Prof. Koerte ist mit der Exstirpation einverstanden; aus dem rechten Ureter soll cystoskopisch Eiter gequollen sein, der linke Ureter war nicht einstellbar; Dr. Nitze soll früher aus dem linken Ureter klaren Harn haben abfließen sehen Die Operation erwies einen Stein in der rechten Niere, welcher ein Ausguß des Nierenbeckens mit Fortsetzung in sämtliche Calices war; die Niere wurde entfernt. Exitus im Coma am sechsten Tage p. o. Autopsie: Die linke Niere in einen häutigen Sack verwandelt, bei welchem nur noch geringe Spuren von Nierenparenchym erhalten waren. Linker Ureter von Niere bis Blase vollständig verödet: in der Niere Steine.

27. R. F. Weir: Med. News 1898. Centr.-Bl. f. Harnorgane 1898, 6.

Nephrotomie wegen Nierenabsceß traumatischen Ursprungs, Tod nach vier Tagen wegen interstitieller Nephritis der anderen Niere.

28. Paul Sendler: Ueber Indicationen und Resultate chirurgischer Eingriffe bei Erkrankungen der Niere. Münch. med. Wochenschr., 5. Juni 1899.

Bei einem 30jährigen Patienten wird die tuberculös entartete rechte Niere entfernt, weil man glaubt, daß der zuweilen klare normale Harn aus der anscheinend normalen palpabeln linken Niere kommt. Die linke Niere ist aber ein Atherom der Niere mit Cysten. Weder Cystoscopie noch Uerterencatheterismus waren zur Anwendung gekommen.

29. Amray: Société anatom., 14 Juni 1899. Anurie calculeuse; destruction du rein du côté apposé à l'oblitération urétérale.

A. demonstrirt die Nieren eines Kranken, der trotz Nephrotomie an einer durch Nierensteine verursachten Anurie zu Grunde gegangen war. An der der Operation entsprechenden Seite war der Ureter nahe seiner Einmündung in die Blase durch eine Ansammlung von Nierengries vollständig verlegt. Die Niere der anderen Seite war in Folge einer Hydronephrosis calculosa atrophisch.

30. Marcille: Société anatom., 14. Juni 1899. Anurie calculeuse; lésions renales doubles.

Die von M. demonstrirten Nieren stammen von einem Kranken, bei dem

wegen einer seit fünf Tagen bestehenden Anurie die Nephrotomie gemacht worden war; der Kranke hatte die Operation zwei Monate überlebt. Die operirte Niere ist hypertrophisch und zeigt die Erscheinungen einer diffusen Nephritis. Die Niere der anderen Seite ist atrophisch; das Nierenbecken ist von einem eingekeilten Stein ausgefüllt, im Ureter kein Lumen auffindbar.

31. Poncin: Lyon médical 1899, LI, S. 562.

Bei einer 60jährigen Frau findet sich Eiter, Eiweiß und Cylinder im Harn; Fieber, ein deutlicher Nierentumor. Mit der Diagnose „Pyelonephritis" Operation, bei der sich ein großer verzweigter Stein im Becken und ein kleiner Stein im Parenchym findet. Exitus. Die Autopsie zeigt eine noch beträchtliche Quantität Parenchym in der operirten Niere, dieselbe aber durch die Manipulationen bei Entfernung des Steines arg zerfetzt. Die andere Niere zeigte complete „Atrophie scléreuse" und Perinephritis lipomatosa; sie war nur eine Fettmasse, etwas größer wie eine Niere, die einen Stein einschloß.

32. König-Pels Lensden: Die Tuberculose der Niere. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1900, LV, S. 9, Beobachtung 4.

Angeblich gesunde Frau, VI para, vor vier Jahren Bauchentzündung links. Seit 1½ Jahren schmerzhafter Harndrang mit Schmerzen auf der linken Seite von der Blase und Niere. Harn sauer, quantitativ normal, viel Rundzellen, Epithelien, geschwänzte Zellen, trübe, wenig Albumen, keine Tuberkelbacillen. In der linken Seite des Albumens findet sich in der Nierengegend eine straußeneigroße, prall elastische Geschwulst, welche sehr empfindlich ist. Von ihr zur Blase kann man einen fast daumendicken Strang verfolgen. Abmagerung, Catarrh beider Lungenspitzen, kein Fieber. 22. August 1895: Exstirpatio renis mit König's rechtwinkeligem Lendenbauchschnitt. Reichliche Verwachsungen der Niere mit Fettkapsel, Peritoneum, schrumpfendes Gewebe um den Stiel machen die Operation zu einer schwierigen. Der mit Käse gefüllte Ureter wird noch 5 cm tief nach abwärts anscheinend im Gesunden resecirt, sein Lumen mit Serosa übernäht. Die Niere um's Doppelte vergrößert, mit massenhaft verkästen Herden. Käse in Nierenbecken und Ureter, in dessen Wand massenhafte Tuberkel. Am Operationstage 50 ccm eitriger Harn, dann Anurie. Am 24. August ständiges Zittern der Hände, am nächsten Tage allgemeine Krämpfe, Erbrechen etc., Exitus. Autopsie: Der Stumpf des Ureters der linken Niere war bis in die Blase krank, um seine Mündung Tuberkelknötchen Die rechte Niere hat nicht die Größe eines Enteneies. Ihre Gefäße sind minimal, und der Ureter hat kaum ein Lumen. Dazu nehmen alte Käseherde fast das ganze Organ ein. Orth nahm wegen der Kleinheit der Gefäße eine congenitale Atrophie an.

So weit das Geschlecht angegeben, waren 17 Frauen und 8 Männer zur Beobachtung gekommen. 13mal war rechts, 11mal links operirt worden (achtmal fehlen die Angaben); 11mal bot die Steinniere die Indication zur Operation; die andere Niere zeigte zweimal parenchymatöse Nephritis, einmal war sie amyloid entartet, einmal war sie atrophisch,

einmal durch Pyelitis der Secretionsfähigkeit beraubt, 6 mal enthielt sie auch Steine und war infolge derselben mehr oder weniger degenerirt und atrophirt. Sechsmal wurde wegen Tuberculose zum blutigen Eingriff geschritten: hier bot die andere Niere dreimal das Bild der tuberculösen Erkrankung, einmal war sie amyloid, zweimal war sie in einen häutigen Sack (einmal mit klarem Inhalt) umgewandelt. 2 Nierenkrebse kamen zur Operation mit einer Metastase und einer cystischen Entartung der anderen Niere, ferner zwei Hydronephrosen, bei denen das Schwesterorgan eine Degeneration und eine Druckatrophie infolge Stein darbot. Je einmal war die Steatose der Niere (andere Niere: Degeneration), Pyelitis (a. N.: fehlt oder atrophisch), cystische Entartung (a. N.: cystische Entartung), Ureterfistel (a. N.: parenchymatöse Nephritis in Folge Carbolvergiftung[?]), Nierencyste (a. N.: parenchymatöse Nephritis in Folge Carbol[?]), Struma suprarenalis, (a. N.: cystische Entartung und Hydronephrose), Absceß der Niere (a. N.: interstitielle Nephritis) Anzeige zum Eingriff.

Diese Zusammenstellung zeigt wiederum, daß bei keiner chirurgischen Nierenkrankheit so häufig doppelseitige Erkrankung gefunden wird, wie bei der Calculose. Man muß also bei verstümmelnden Operationen, die man dieser Krankheit halber vornimmt, mit besonderer Behutsamkeit zu Wege gehen (Israel).[13] Im Bezug auf die Tuberculose der Nieren bekräftigt sie die Angaben Steinthals[14]) und Heibergs[15]), von denen der erstere in 24, der zweite in 84 Fällen von Nierentuberculose in der Hälfte der Beobachtungen die andere Niere frei von Tuberculose gefunden hatten, so daß man auf 50 % tuberculöser Miterkrankung der anderen Niere zu rechnen hat. Von 19 Patienten, an denen die Nephrectomie ausgeführt worden war, blieb nur eine 20 jährige Frau am Leben und ging erst 4 Monate später an der Tuberculose der anderen Niere zu Grunde (Fall 2); alle anderen starben nach wenigen Tagen. Von 13 Nephrotomirten lebte mit Fistel ein Kranker 2 Monate, einer 4 Monate, eine Frau 8 Jahre.

Selbst wenn wir von diesen 32 operirten Patienten mit Erkrankung beider Nieren diejenigen drei abziehen, bei welchen die Autoren den Tod in Folge Carbol- und Sublimatvergiftung vermuten — ein Uebelstand, welchen wir heute durch das rein aseptische Verfahren ohne Antiseptica zu umgehen suchen —, so bleibt doch das traurige Resultat bestehen, daß von 32 operirten Patienten 25 zu Grunde gingen, weil

---

[13]) Israel: Berliner klin. Wochenschrift 1898, 44.
[14]) Steinthal: Virchow's Arch. C., S. 81.
[15]) Heiberg: Festschrift zu Virchow's 70. Geburtstag 1891.

der Operateur nicht im Stande war, die Functionssufficienz der zweiten Niere festzustellen. Nebenbei kommt auch noch der schädliche Einfluss des Chloroforms in Betracht. (Rindskopf). Ich behaupte nun nicht, daß die allgemeine Statistik der Nierenexstirpationen bei erkrankter zweiter Niere so schlecht ist, denn oft ist eben noch selbst die kranke zweite Niere sufficient, wie in den schönen jüngst von König-Pels Lensden[16]) berichteten Fällen, in denen der Operateur seine Kranken durch die Operation auf Jahre hinaus zu arbeitsfähigen und arbeitsfreudigen Personen machte, wiewohl die andere Niere nicht mehr ganz gesund war. Wie viele unglücklich verlaufene Fälle mögen aber vorgekommen und nicht publicirt sein? Denn man veröffentlicht naturgemäß lieber erfolgreiche als erfolglose Operationen, trotzdem man aus den letzteren beinahe immer mehr lernt und dieselben die Wissenschaft mehr fördern als die nach Schema Geglückten.

IV.

Welche Mittel stehen uns zu Gebote, das Vorhandensein und die Integrität der Nieren, respective den anormalen Zustand des einen Organs festzustellen?

1. Die Inspection, besonders in der Knieellenbogenlage, kann bei nicht zu fetten Individuen durch mehr minder starke Ausfüllung der Fossa lumbalis auf ein Fehlen der Niere oder eine Vergrößerung des Organs hinweisen (Le Dentu[17]).

Dieselbe darf sich aber nicht nur auf die Nierengegend beschränken; bei jedem Patienten, bei welchem ein Eingriff an der Niere in Frage kommt, ist eine sorgsame Inspection und Palpation der Harn- und Genitalorgane auf etwaige Mißbildungen oder Mängel (Epispadie, Hypospadie, Cryptorchismus, Mangel eines Hodens, Mißbildungen der Vagina, des Uterus etc. etc.) vorzunehmen; denn in vielen Fällen von Mangel einer Niere war derselbe mit solchen Mißbildungen vergesellschaftet.

2. Die Percussion der Nieren ergiebt trotz der Bemühungen Reinhold's[18]), Pansch's[19]) und Zülzer's[20]) keine klinisch verwertbaren Resultate.

---

[16]) König-Pels Lendsden: D. Zeitschrift für Chir. 1900, 1.

[17]) A. Le Dentu: Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales, Paris, 1889, Seite 591.

[18]) Reinhold: Die physicalische Untersuchung der Nieren. In-Diss., Jena 1865.

[19]) Pansch: Archiv für Anatomie, Physiologie und wissenschaftliche Medicin, herausg. von Reichert und Du Bois-Reymond 1876, pag. 527.

[20]) Zülzer: Zur Percussion der Niere. Berliner klinische Wochenschrift, 23. Mai 1887.

3. Die Palpation ist in den letzten Jahren im Anschluß an die häufig physiologisch vorhandene respiratorische Verschieblichkeit der Nieren weiter ausgebildet worden. Man nimmt sie vor:

a) als bimanuelle Palpation in Rückenlage mit leicht angezogenen Beinen unter Ausnutzung tiefer Inspirationen (Tuffier, Litten[21]), die Bauchdecken sollen erschlafft sein (event. Narcose oder Untersuchung im warmen Bade [Lennhoff]). Unter Umständen kann auch das Kuttner'sche[22]) Verfahren der Palpation im Stehen oder Glénard's „procédé de pouce“ Aufklärung bringen; auch die Untersuchung in Knie-Ellenbogenlage soll nicht vernachlässigt werden.

b) als bimanuelle Palpation der Niere in Seiten- oder Halbseitenlage (Morris, Israel[23]); die Niere wird auf diese Weise von den vorgelagerten Därmen befreit und den tastenden Fingern zugänglicher gemacht.

c) als Ballotement rénal [Clado[24]), Guyon[25])], wenn das Organ oder der Tumor mit der hinteren Bauchwand in directer Berührung steht und man demselben mit der in der Lendengegend aufgelegten Hand schnellende Bewegungen ertheilen kann.

Ueberdies wollen französische Autoren Schmerzen bei der Nierenpalpation als pathognomonisch für eine Nierenerkrankung ansehen.

Alle drei Verfahren der Palpation geben aber niemals einen bindenden Schluß über das Vorhandensein beider Nieren, in ungefähr 60 pCt. der Fälle ist die Palpation negativ; nur bei der Vergrößerung des Organs oder bei fühlbarer Veränderung der Oberfläche desselben kann diese Untersuchungsmethode Wesentliches zur Diagnose beitragen.

4. Die Photographie mit X-Strahlen nach Röntgen hat mir bei der Durchmusterung vieler Photographien nur in verschwindend wenigen Fällen Schatten gezeigt, welche man bei einigem guten Willen als Nierenschatten deuten konnte. Die Verwertung der Radiographie in ihrer heutigen Technik für das Fehlen oder Vorhandensein der Nieren ist bisher nicht angängig.

5. Die Abtastung oder Abfühlung der zweiten Niere nach ihrer Freilegung bis auf die Oberfläche kurz vor der Operation ist mehrfach empfohlen worden und zwar:

a) transperitoneal nach der vorgenommenen Laparotomie; hat man die andere Niere normal groß und von normaler Consistenz gefühlt, so soll man die Bauchwunde wieder schließen und extraperitoneal operiren.

---

21) Litten: Verh. des VI. Congresses für innere Medicin, Wiesbaden.
22) Kuttner: Berliner klinische Wochenschrift 1890, 15.
23) J. Israel: Berliner klin. Wochenschrift 1889, S. 105.
24) Clado: Bull. méd. 1887, pag. 675.
25) Guyon: Ann. des mal. des org. génito-urin. 1888, pag. 318.

b) extraperitoneal jede Niere für sich durch den Lendenschnitt, welchen man sofort nach der Abtastung wieder zunäht, resp. zur Operation benutzt; Edebohls[26]) hat persönlich Kenntnis von drei Fällen, wo die einzig vorhandene Niere exstirpirt wurde; er empfiehlt deshalb die exploratorische Lumbalincision; dieses alte Simon'sche Verfahren hat Israel auf dem deutschen Chirurgencongreß 1900 als das relativ beste und gefahrloseste Verfahren, die andere Niere nachzuweisen, wieder empfohlen, trotzdem er durch das am 20. Juli 1898 in der Berliner medicinischen Gesellschaft von seinem Schüler Zendeck demonstrirte Präparat einer totalen Substitution einer Steinniere durch Fettgewebe sich von der Unzuverlässigkeit dieser Methode hätte überzeugen können.

c) Kocher eröffnet bei seinem extraperitonealen Schnitt das Peritoneum lateral von der zu exstirpirenden Niere, führt die Hand zur Palpation ein und operirt nach der Abtastung und dem Verschluß des Peritoneums weiter extraperitoneal.

Perthes[27]) meint, mehr als die Existenz, die Größe und allenfalls die Consistenz der anderen Niere könne dies Verfahren nicht feststellen. Wenn diese drei Eigenschaften einer Niere damit sicher zu stellen wären, würde man sehr zufrieden sein. Ich erinnere nur an den oben berichteten Fall von Poncin[28]), wo die sogenannte Niere nur eine Fettmasse war, welche einen Stein einschloß und an Sendler's[29]) Bericht einer letalen Nierenexstirpation, in welchem bei der Obduction die andere Niere wenig vergrößert war, etwas weich erschien und von normaler Farbe sich erwies, thatsächlich aber zum größten Teil in eine mit einem gelblichen Atherombrei gefüllte Cyste mit schlaffer Wandung metamorphosirt war. Schon diese drei Fälle mit Zondeck's Beobachtung, welchen sich noch etliche andere anreihen ließen, beweisen, daß die Abfühlung des Organs nach operativen Eingriffen wohl die Existenz eines Körpers beziehungsweise seine Größe und Consistenz, aber nichts über die Function desselben, seine Verbindung mit der Blase, seine eventuelle Erkrankung, erweisen kann.

Diesem Urtheil thun auch einige positive Fälle keinen Abbruch; Moritz[30]) hatte in einem Falle von Tumor einen normalen Gefrierpunkt des Harns (siehe unten) festgestellt und glaubte eine ausreichende

---

[26]) Edebohls: New York Medical Record, 28. Januar 1898.

[27]) Georg Perthes: Ueber Nierenexstirpationen. D. Zeitschrift für Chirurgie 1896, XLII, Seite 204.

[28]) Poncin: Lyon. médical 1899, LI, Seite 562.

[29]) Sendler: Münchener med. Wochenschrift, 5. Juni 1899.

[30]) Moritz: St. Petersburger med. Wochenschrift 1900, 22, 23.

Compensation durch die andere Niere annehmen zu können. Bei der Operation fand sich aber die für gesund gehaltene Niere stark verkleinert, derb und von höckriger Beschaffenheit. Daraufhin wurde die Operation der mit dem Tumor behafteten rechten Niere unterlassen; der gesunde Teil der rechten Niere war wohl noch compensatorisch thätig.

Man soll überhaupt nicht die Größe eines Organs mit seiner Function zusammenwerfen; diese Forderung führt uns zum letzten und wichtigsten der zur Diagnose behilflichen Mittel, zur Untersuchung

6. der Nierenfunction. Die einfache Harnuntersuchung ergiebt, wenn nicht gerade der Urin außerordentlich spärlich oder eiweißhaltig ist, keine Anhaltspunkte, da das Secret beider Nieren gemischt entleert wird. Der Glaube, daß bei Wechsel von trübem und klarem Harn der Urin aus verschiedenen Nieren komme, und zwar der klare Urin aus der gesunden Niere, wird nach dem eingehenden Studium des Sendlerschen[31]) und Lange'schen[32]) Falles als Irrtum sicher verworfen werden. Auch im oben citirten Falle Hüssenet[33]) (222) ist bei nur einer und zwar kranker Niere der Harn lange klar geblieben.

Es entstand daher bald das Streben, den Harn der einzelnen Nieren gesondert aufzufangen, um ihn physicalisch und chemisch zu untersuchen und die Sufficienz der einzelnen Nieren zu prüfen.

Zeitlich der erste war Simon[34]), welcher nach der Dilatation der Harnröhre unter Leitung des Fingers den Ureter bei der Frau mit dünnen, wenig biegsamen Metallinstrumenten sondirte, beziehungsweise katheterisirte. Zu gleicher Zeit construirte Tuchmann[35]) sein lithotriptorähnliches Instrument, die Harnleiterpincette zum Abklemmen eines Ureters in der Blase; der von der anderen Niere während der Abklemmung abgesonderte Harn sollte aufgefangen und so das Secret jeder Niere einzeln untersucht werden.

Silbermann[36]) will die Ureterenmündung mittelst einer mit Quecksilber gefüllten Gummiblase verschliessen. Ebermann[37]) klemmt

---

[31]) Sendler: Münchener med. Wochenschrift 1899, 5/6.

[32]) Lange: New York Medical Record, XVIII, 6.

[33]) Hüssenet: Arch. de méd. et de pharm. militaire, März 1897.

[34]) Simon: Volkmann's klinische Vorträge, No. 88, 1875.

[35]) Tuchmann: Wiener med. Wochenschr. 1874, 31 u. 32. — Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 1875, V, S. 62. — Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 1876, VI, S. 560. — Die Diagnose der Blasen- und Nierenkrankheiten mittels der Harnleiterpincette, Berlin 1887.

[36]) Silbermann: Berl. klin. Wochenschrift 1883, 34.

[37]) Ebermann, citirt nach Müller: Deutsche medicin. Wochenschrift 1887, 31.

den Ureter an seinem untersten Theile mit einer Klemme ab, deren einer Arm in die Blase, der andere im Rectum liegt. Weir[38]) drückt mit einem Rectalstabe den Harnleiter vom Mastdarm aus gegen die Linea arcuata pelvis. Waldstein, H. B. Saunds, Lange[39]) in New-York versuchten durch halbstündige Handcompression des linken Ureters auf den Rand des Beckens und Auffangen des Secrets der rechten Niere festzustellen, welche Niere die kranke sei; doch enthielt der Harn der rechten Niere Eiter. Polk[40]) comprimirt den Harnleiter zwischen einem besonders construirten Katheter in der Blase und einem Stabe im Rectum. Müller[41]) drängt den Ureter vom Mastdarm aus durch einen mit Quecksilber gefüllten Gummiballon gegen die Linea innominata.

Hegar[42]), Sänger[43]) und Warkalla[44]) empfehlen beim Weibe die zeitweilige Umstechung und Ligatur des Ureters von der Scheide aus.

Bozemann[45]) und Emmet verlangen zur Vornahme des Ureteren-Catheterismus die vorherige Anlegung einer Blasenscheidenfistel, Harrison[46]), Iversen[47]), Guyon und Albarran[48]) führten zum selben Zwecke die hohe Eröffnung der Blase aus. Harrison will allenfalls die Sectio mediana dafür in Anwendung ziehen. Das Fenwick'sche[49]) Instrument zur Suction (Ansaugung) des Harns aus dem Harnleiter kann wohl ernsthaft nicht in Betracht kommen.

Czerny räth zur Anlegung einer Ureter-Bauchdeckenfistel, an welche sich baldigst die erforderliche Operation anschließen könnte.

Pawlick[50]) catheterisirte den Ureter bei Frauen unter Leitung

---

38) Weir: Ibidem.

39) Waldstein, H. B. Saunds, Lange, citirt nach Herczel: Beiträge zur klinischen Chirurgie 1890, VI, S. 328.

40) Polk: New York Medical Journal 1883.

41) Müller: Deutsche med. Wochenschrift 1887, 31.

42) Hegar: Operative Gynäkologie 1874, S. 456. — Archiv für Gynäkologie 1886.

43) Sänger: Archiv für Gynäkologie 1886, XXVIII.

44) Warkalla: Archiv für Gynäkologie, XXIX.

45) Bozemann: Virchow-Hirsch 1888, S. 312.

46) Harrison: Lancet, 2. Februar 1884.

47) Iversen: Centralbl. für Chirurgie 1888.

48) Guyon, Albarran: Société de biologie, 4. Juli 1891. Guyon's Annalen 1891, S. 744.

49) Fenwick: Güterbock, die chirurgischen Krankheiten der Harnorgane 1894, S. 808.

50) Pawlick: Archiv für klinische Chirurgie 1888, XXXIII.

des Fingers mit oder ohne Erweiterung der Harnröhre. Rose[51]) will durch ein richtig $5^1/_2$ cm eingelegtes, 1 cm breites Speculum den Harn der einzelnen Ureteren bei Frauen in Beckenhochlagerung so nach außen leiten, daß er gesondert das Secret jeder Niere auffangen kann.

Neumann[52]) glaubt durch eine künstliche Scheidewand im unteren Teil der Blase diese Aufgabe vollkommen und bequem lösen zu können.

Harris[53]) führt ein Septum in Rectum oder Vagina ein und theilt durch Andrücken des Septums gegen die hintere Blasenwand die Blase in zwei Hälften, aus denen er durch geschickt construirte Katheter den Harn jeder einzelnen Niere gleichzeitig in eine besondere Flasche absaugt; um Fehlerquellen zu vermeiden, darf die Blase bei der Procedur nur mäßig gefüllt sein.

Ob die Aufzählung der Versuche, den Harn der Nieren gesondert aufzufangen, vollständig ist, ist mir nicht bekannt. Es erübrigt sich auch, die Versuche einer Kritik im einzelnen zu unterwerfen. Ganz allgemein kann man drei Arten von Verfahren unterscheiden: 1. Compression der Ureteren; dieselbe erfolgt durch Naht, Druck von Quecksilberbeuteln, Klemmen oder Metallinstrumenten gegen die Knochen, gegen in andere Körperhöhlen eingeführte Instrumente oder Teile derselben. Das Resultat ist unsicher, die Technik schwierig, die Gefahr der Infection groß und die Verfahren für die Gewebe nicht gleichgiltig. 2. Die Trennung des Harns in der Blase durch Aufrichtung von Zwischenwänden in der Blase oder Mastdarm, resp. Scheide, Einlegung von Speculis zur Verlängerung der Ureteren etc. etc. Die Resultate sind zweifelhaft, die Infectionsgefahr groß. 3. Der Ureteren-Katheterismus nach vorbereitenden blutigen Operationen: hoher Blasenschnitt, Scheidenfistel, Ureterfistel, Perinealschnitt, welche den Kranken der Gefahr einer nicht gleichgiltigen Operation aussetzen.

Kurz, die Methoden sind alle nicht brauchbar. Das einzig exacte Verfahren konnte nur bei Beschaffung einer Lichtquelle geschaffen werden. Grünfeld, Newmann und Kelly hatten schon gezeigt, daß man bei reflectirtem Lichte manchmal reüssirt und den Ureter entrirt. Die erforderliche Lichtquelle schuf Nitze mit seinem Cystoskop; nicht allein, daß die Cystoskopie erlaubt, den Zustand der Blase festzustellen, gestattet sie auch die Mündungen der Ureteren zu besichtigen und den Wirbel des in die Blase gespritzten Nierensecretes zu sehen.

[51]) Rose: Deutsche med. Wochenschr. 1897, 12.

[52]) Neumann: Deutsche med. Wochenschrift 1897, 43.

[53]) Harris: A simple Method of Collecting the Urine fram either Kidney. Journ. Amer. Med. Association, 20. Januar 1898.



Befinden sich in dem Wirbel der kranken Seite zahlreiche Flocken oder tritt gar eitrige Flüssigkeit aus, während aus der Mündung der angeblich und anscheinend nicht erkrankten Seite klarer Harn ohne Flocken hervortritt, so ist man versucht, den schon wegen der schwierigen Beobachtung stets unsicheren Schluß, daß die Niere der anscheinend nicht erkrankten Seite wirklich gesund sei, zu ziehen; da man sich aber mit diesem Schlusse so oft täuschte, versuchte man bald mit Hilfe dieser Beleuchtung, den Ureter zu katheterisiren, um Secret zur Untersuchung zu bekommen. Pawlik[54]) hat zuerst mit Hilfe des Cystoskops den Ureter beim Weibe katheterisirt; ihm folgten viele andere; beim Manne reüssirten mit diversen Instrumenten Boisseau du Rocher[55]), Poirier[56]), Brown[57]) und Nitze[58]). Aber auch diese Instrumente erwiesen sich nicht als brauchbar. Erst Casper[59]) brachte ein passendes Instrument und führte die Technik des Ureterenkatheterismus in die Praxis ein; dies Instrument ist dann von Albarran, Nitze, Frank, Schlagintweit[60]) u. A. mehr minder verändert beziehungsweise verbessert worden; jeder Arzt wird natürlich mit dem ihm vertrauten Instrument am besten arbeiten; mir erscheint die neue Casper'sche Modification als das vollkommenste Instrument, weil man mit ihm zu gleicher Zeit verschieden starke Katheter in die Ureteren einführen und in denselben liegen lassen kann. Wenn ich kurz auf die gegen den Ureterenkatheterismus erhobenen Bedenken eingehe, so muß ich sagen, daß derselbe in manchen Fällen eine Schädigung herbeiführen kann und dies auch in einigen gethan hat. König[61]) sagt in seiner Arbeit über Nierentuberculose gelegentlich der Exstirpation tuberculöser Nieren: „ein großes Ziel ist eines großen Einsatzes wert“.

---

[54]) Pawlick: Centralbl. für die gesamte Medicin 1894, 18.

[55]) Boisseau du Rocher: Guyon's Annalen.

[56]) Poirier: Comptes rendus de l'académie des sciences 1889, II, 409.

[57]) Brown: Bulletin of the John Hopkin's Hospital, Baltimore, September 1893. — Schmidt's Jahrb. 1894, Bd. 243, pag. 266.

[58]) Nitze: Tageblatt der 66. Versammlung deutscher Naturforscher in Wien 1894, S. 208. — Diagnost. Lexicon 1894, IV, S. 191. — Centralbl. für Chirurgie 1895, 9.

[59]) Casper: Verhandl. der Berl. med. Gesellsch. 1895, 9, I. — Allgem. medicin. Centralzeitung, 12. Januar 1895. — Deutsche med Wochenschrift 1895, 7. — Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren, Berlin 1896. — Casper-Lohnstein's Monatsberichte, Juni 1899.

[60]) Schlagintweit: Bericht der Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte, München 1899.

[61]) König: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1900.

Dies gilt auch für den Ureterenkatheterismus; wir halten die Feststellung, welche Niere die kranke, beziehungsweise welche Niere die gesunde und sufficiente sei, um auf dem Entscheid eine sachgemäße Therapie aufzubauen, für ein großes Ziel, deshalb müssen wir auch die Berechtigung eines hohen Einsatzes — der möglichen Schädigung durch einen Ureterenkatheterismus — anerkennen. Im Uebrigen sind die Angriffe gegen den Ureterenkatheterismus von derselben Stelle ausgegangen, welche auch gegen die Cystoskopie Front gemacht hat und die letztere jetzt eifrig zu Rate zieht; ebenso wird es mit dem Ureterenkatheterismus gehen; derselbe hat naturgemäß ein viel eingeschränkteres Anwendungsgebiet als die Cystoskopie. Zwei Dinge können aber dem Ureterencatheterismus ernsthafte Hindernisse in den Weg legen; erstens die Intoleranz der Blase gegen die Einführung eines jeden Instrumentes und besonders gegen die Anfüllung mit einer zur Cystoskopie genügenden Menge klaren Borwassers; gegen diesen Uebelstand, welcher sich besonders bei Tuberculosis vesicae vorfindet, hat sich mir die längere Behandlung der Blase mit Sublimat (bis 5,0 g 1⁰/₀₀ Lösung Instillation!) vorzüglich bewährt; die Blase wird toleranter, die Entzündung geringer, die Miction seltener und die Möglichkeit, 100 ccm relativ klarer Flüssigkeit in der Blase für einige Minuten zu erhalten, ist gegeben; mit Cocain muß man wegen der Resorption durch die epithelberaubte Blase vorsichtig sein, auch darf kein Sublimat in die Harnröhre kommen, weil es dort starkes Brennen verursacht. Zweitens erschweren Mißbildungen der Ureteren (Jolly)[62], Verdoppelungen derselben, Mündungen des rechten Ureters auf der linken Seite (Förster)[63] oder des linken Ureters auf der rechten Seite der Blase, abnorme Ausmündungen derselben [Schwarz[64], Oleici[65]], gekreuzte Dystopie der rechten Niere ohne Verwachsung beider Nieren (Schütz)[66], die Solitärniere mit zwei oder mehr Harnleitern, eine vermehrte Anzahl der Harnleiter den Ureterenkatheterismus erheblich oder lassen eine Diagnose mit seiner Hilfe gar nicht zu; diese Dinge sind doch aber recht selten und können eine Methode nicht discreditiren. Der Einwand, daß sowohl zur Cystoskopie als besonders zum Ureterenkatheterismus eine besondere Geschicklichkeit und Uebung erforderlich sei, ist zu verwerfen; Nieren- und Blasenoperationen und ähnliche Eingriffe sind nur in Spital und Klinik denkbar und zu empfehlen; die Aerzte solcher

[62]) Jolly: Société anatom. 1896, 9, I.
[63]) Förster: Prager Vierteljahrsschrift. Bd. 61.
[64]) Schwarz: Beitrag zur klinischen Chirurgie 1895, pag. 159.
[65]) Oleici: Bull. sc. med Bologna, VII. pag. 44.
[66]) Schütz: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1897, XLVI, 523.

Abteilungen haben schon so viele Technicismen gelernt, so daß sie diese Technik auch leicht lernen werden oder sie können einen Specialarzt zuziehen. Gemeingut der Aerzte wird auch nach meiner Meinung Cystoskopie und Ureterenkatheterismus nie werden.

Von welcher Wichtigkeit aber schon die Cystoskopie ist, lehrt z. B. jener unglückliche von Shmyth[67]) berichtete Fall von Morris, welcher bei Pyurie die falsche Niere ausschnitt, weil er die cystoskopische Untersuchung unterlassen hatte.

Hat man nun die Secrete der beiden Nieren einzeln gewonnen, so ist jedes auf physikalische und chemische Eigenschaften: specifisches Gewicht, Durchsichtigkeit, Farbe, Reaction, Eiweiß, Zucker, Eiter und andere mikroskopische, morphologische Bestandteile nach Gebrauch der Centrifuge zu prüfen. Damit soll man sich aber nicht begnügen; auch der Harnstoff und die Chloride müssen qualitativ und quantitativ bestimmt werden. Speciell verlangen Israel und viele französische Autoren, daß der Harnstoff mehrere Tage hintereinander quantitativ bestimmt werde; sinke die Menge desselben bei genügender Nahrungsaufnahme unter die Hälfte des normalen Gehalts (etwa 24 bis 28 g), so solle man keine verstümmelnde Operation machen, sondern höchstens die Nephrotomie vornehmen. Bei den durch den Ureterenkatheterismus gewonnenen kleinen Mengen Secret muß man die relative Menge und den Harnstoffgehalt des Secrets nach Procenten (normal etwa 1,6 pCt.) bestimmen.

Selbstverständlich ist die mikroskopische Untersuchung auf Tuberkelbacillen, Gonokokken und andere Bacterien notwendig, vielleicht sogar im Zweifelfalle die Impfung auf Thiere. Hierdurch kann man die Krankheit der einen Niere feststellen, über die zureichende Function der anderen Niere hat man aber noch keine Kenntnis. Diese zu erhalten, war das Ziel der Forscher Lépine, Achard und Castaigne[68]), Bard[69]), Dériaud[70]), Milton[71]), Achard und Morfaux[72]), Dreyfus[73]), Albarran und Bernard[74]) und anderer, welche durch Eingeben per os

---

[67]) Smyth: The Diagnosis of Pyelitis. Brit. Med. Journ., 16. Juli 1898.

[68]) Achard und Castaigne: Société méd. des hôpitaux, 14. Jan 1898.

[69]) Bard: Soc. des sciences méd. de Lyon, 1. Dec. 1897. La Presse médicale 1897, No. 109.

[70]) Dériaud: Thèse de Paris 1897.

[71]) Milton: La Presse médicale, 25. Januar 1899.

[72]) Achard und Morfaux: Gaz. hebd. de médécine et de chirurgie, 2. Februar 1899.

[73]) Dreyfus: Société de méd. de Lyon, 18. April 1898.

[74]) Albarran und Bernard: Guyon's Annalen 1899, 4/5.

oder subcutane Injectionen von Methylenblau, Rosanilintrisulfonatrium und Urobilin bestimmten, welche Niere krank beziehungsweise functionsuntüchtig sei, da Nieren mit pathologisch verändertem, besonders entzündetem Parenchym für diese Farbstoffe ganz oder teilweise undurchgängig werden, beziehungsweise die Ausscheidung der Farben schubweise in unregelmäßigen Intervallen und über längere Zeit hin fortdauert.

In die Praxis haben diese Methoden keinen Eingang gefunden, hauptsächlich weil das meist verwendete Methylenblau nicht zweckentsprechend ist, da oft in Folge Oxydation im Organismus seine Chromogene ausgeschieden werden und dies eine Erschwerung durch neue Untersuchung erfordert. Ueberdies ist das Passiren dieser Farbstoffe nur ein Beweis für die Durchlässigkeit der Nieren, aber nicht für ihre Functionstüchigkeit.

Tietze[75]) glaubt allerdings, den Beweis der Functionsfähigkeit der Niere schon zu erbringen, wenn er eine Viertelstunde vor der Cystoskopie 0,5 — 1 cg per os Methylenblau eingiebt; viel länger vorher darf das nicht geschehen, da sonst die ganze Blase blau wird. Die Niere des Ureters, welche blaugefärbten Harn entleert, soll functionstüchtig sein.

Achard[76]) und Delamarre[77]) erzeugen durch subcutane Injection von 0,005 Phloridzin künstlichen Diabetes; Menge und Verlauf der Zuckerausscheidung sollen einen directen Maßstab für die Functionstüchtigkeit jeder Niere abgeben. Einen erheblichen weiteren Fortschritt für die Erkenntnis der Function der einzelnen Niere bahnte A. v. Korányi[78]) an durch die Einführung seiner Gefrierpunktsbestimmungen für Harn und Blut zur indirecten Ermittelung des osmotischen Druckes der Lösung (vant'Hoff). Lindemann[79]), Roth[80]), Richter[81]), Claude und Balthazar[82]), M. Senator[83]), Pöhl[84]), Koewesi und

[75]) Tietze: Deutsche med. Wochenschr., 2. Febr. 1899. — Medicinische Section der Schles. Gesellsch. für vaterl. Cultur.

[76]) Achard: Académie des sciences, 30. Januar 1899.

[77]) Achard und Delamarre: Soc. méd. des hôpitaux, 7. April 1899.

[78]) v. Korányi: Zeitschrift für klin. Medicin, XXXIII u. XXXIV. — Berl. klin. Wochenschr. 1899, No. 5, 36. — Deutsches Archiv für klinische Medicin, Bd. 65, 3/4.

[79]) Lindemann: Deutsches Arch. für klin. Med., Bd. 65, 1, 2, 3, 4.

[80]) Roth und Richter: Berl. klin. Wochenschr. 1899, 30/31.

[81]) P. F. Richter: Berl. klin. Wochenschr. 1900, No. 7.

[82]) Claude und Balthazar: Presse médicale 1900, 14.

[83]) M. Senator: Deutsche med. Wochenschrift 1900, 3.

[84]) Poehl: Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther., IV, 1.

Roth-Schultz[85]), Kümmel[86]) und Moritz[87]) haben sich durch Nachuntersuchung und Erweiterung der Methoden verdient gemacht. Die Untersuchung wird mit dem Beckmann'schen Gefrierapparat vorgenommen, und der Gefrierpunkt direct vom Thermometer abgelesen. Der normale Gefrierpunkt des Harns ist 2,3 — 1,4° C. unter dem Gefrierpunkt des destillirten Wassers; bei insufficienten Nieren sinkt er unter diese Ziffer; man muß erst den Gefrierpunkt des gemischten Urins, und dann den jeder einzelnen Niere bestimmen, und durch die Vergleichung der Resultate sein Urteil bilden. Der Eiweißgehalt hat keinen Einfluß auf den Gefrierpunkt. Bei längerem Krankheitsverlauf, selbst bei gleichbleibendem Eiweißgehalt kann man durch allmähliges Sinken oder Steigen des Gefrierpunktes die Tendenz der Krankheit erkennen. Die Gefrierpunktserniedrigung vor einer Operation ist nur dann ausschlaggebend, wenn sie ungünstig ausfällt, das Umgekehrte ist aber nicht der Fall, da sich schwer feststellen lassen dürfte, ob der Krankheitsprocess die ganze Niere ergriffen hat oder nicht. Auch die Bestimmung des Blutgefrierpunktes entscheidet die Sache nicht sicher, da eine Concentrationsabnahme des Harns durch Niereninsufficienz natürlich eine Compensationszunahme des Blutes voraussetzen läßt (Moritz). Trotzdem verlangt Richter vor jedem chirurgischen Eingriff die Bestimmung des Blutgefrierpunktes (normal 0,5° C). Eine zu grosse Zahl deutet auf eine schon bestehende Niereninsufficienz; da die Function der kranken Nierentheile nicht mehr durch Mehrarbeiten des gesunden Parenchyms ausgeglichen wird, so darf an eine Entfernung von Nierengewebe nicht gedacht werden. Moritz konnte in fünf Fällen von Gefrierpunktserniedrigung des Harns durch die Autopsie und die mikroskopische Untersuchung die Erkrankung der Niere feststellen.

Auf demselben Wege der physikalischen Untersuchung stellt uns Strubell[88]) eine Bereicherung der klinischen Untersuchungsmethoden durch Bestimmungen des Brechungsexponenten tierischer Flüssigkeiten, speciell von Urin und Blut mit dem Pulfrich'schen Eintauchrefractometer in Aussicht; diese Methode kann um so wertvoller werden, da schon ein einziger Tropfen Flüssigkeit zur Bestimmung des Brechungsexponenten ausreichen soll. St. hält die Gefrierpunktsmethode für zu zeitraubend und nicht immer angängig (Schröpfung!); er sucht die Concentration der tierischen Flüssigkeiten durch Bestimmung des

---

85) Koewesi u. Roth-Schulz: Berl. klin. Wochenschr. 1900, 15

86) Kümmel: Bericht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1900

87) O. Moritz: St. Petersburger med. Wochenschr. 1900, 22/23.

88) Strubell: XVIII. Congreß für innere Medicin, 18. bis 21. April 1900, Wiesbaden.

Brechungsexponenten derselben festzustellen; er bestimmt nicht mehr den Brechungsexponent $\frac{\text{Sin. des Einfallwinkels}}{\text{Sin. des Brechungswinkels}}$, sondern den Grenzwinkel der totalen Reflexion; die Bestimmung muß unter möglichster Gleichförmigkeit der Temperatur erfolgen. Auch den Zucker und andere Bestimmungen der Bestandteile des Harns soll man mit demselben physikalischen Apparat in bisher unbekannter Exactheit und Einfachheit ausführen können [Grober[89]), Pulfrich[90])].

Wie oben erwähnt, haben Achard[91]) und Delamarre[92]) auf eine Bemerkung G. Klemperer's hin durch subcutane Injection von 5 mg Phloridzin einen renalen Diabetes erzeugt: Menge und Verlauf der Zuckerausscheidung sollen einen directen Maßstab für die Functionstüchtigkeit jeder Niere abgeben. Casper und Richter[93]) haben mit Hilfe des Ureterenkatheterismus jeder Niere den Phloridzindiabetes studirt und konnten feststellen, daß die kranke Niere sich durch deutlich verringerte Zuckerausscheidung (bis zum vollständigen Fehlen) gegenüber dem gesunden Organ auszeichnet. Gesunde Nieren geben in der Zeiteinheit bei dieser Methode gleiche Mengen Harn derselben Qualität mit demselben Zuckergehalt. Es ist dies Verhalten eine Bekräftigung der neuen Untersuchungen Bardier's und Frenkel's[94]), welche zu folgenden Resultaten kommen: „Es existirt keine wahre physiologische alternirende Function in der Thätigkeit der Nieren in dem Sinne, daß die Activitätsperiode der einen Niere mit der relativen Ruhe der anderen Niere zusammenfalle. Der Ausfluß einer größeren Menge Harn bald auf der einen, bald auf der anderen Seite wird nur selten beobachtet und ist keine constante Thatsache. Die widersprechenden Angaben Herrmann's (Virchow's Archiv 1869, XVII, pag. 462 und Sitzungsber. der Wiener Acad. der Wissensch., 24. Juni 1859) und Grützner's (Pflüger's Archiv 1875, XI, pag. 370) sind eine Folge der Beobachtungsbedingungen und der Ureterenverhältnisse. Der Ausflußrhythmus der Nieren ist bemerkenswert gleichmäßig und

---

[89]) Jul. A Grober: Quantitative Zuckerbestimmungen mit dem Eintauchrefractometer. Centralbl. für klin. Medicin, VIII, 24. Februar 1900.

[90]) Pulfrich: Das neue Eintauchrefractometer der Firma Zeiss. Zeitschrift für angew. Chemie 1899, 48.

[91]) Achard: Académie des sciences, 30. Januar 1899.

[92]) Achard und Delamarre: Société méd. des hôpitaux, 7. April 1899.

[93]) Casper und Richter: Ueber functionelle Nierendiagnostik. Berl. klinische Wochenschrift 1900, No. 29, S. 643.

[94]) E. Bardier und H. Frenkel: Étude sur le débit urinaire. Journal de physiologie et pathologie générale, 15. Mai 1900.

continuirlich für jede Niere wie für beide. Bei doppelseitiger Nierenerkrankung verwischen sich die Unterschiede, wie bei der Harnstoffausscheidung. Fast regelmäßig gehen Größe der Zuckerausscheidung, der Harnstoffauscheidung und der moleculären Concentration einander parallel. Sie hoffen durch den Nachweis der Uebereinstimmung dieser drei Momente die Methode zu einer sicheren ausgestaltet zu haben und fordern zur Nachuntersuchung auf.

Auf diesem Wege der exacten Untersuchung der getrennten Nierensecrete nach physikalischen und chemischen Methoden, d. h. nicht allein des Suchens nach der anatomischen, sondern auch der functionellen (physiologischen) Krankheitsursache unter Herbeiziehung aller obenerwähnten Hilfsmittel, können wir hoffen, in der Diagnostik der Nierenerkrankung und der Nierensufficienz oder Insufficienz bessere Resultate zu erreichen, als bisher. Insbesondere dürfen wir annehmen, für die chirurgischen Eingriffe strengere Anzeigen aufstellen zu können, wenn wir auch niemals dazu gelangen werden, immer den mathematisch sicheren Beweis für die Gesundheit der anderen Niere zu führen und die Indication so exact zu geben, daß man ohne Zagen an die Nierenoperation herangehen kann.

Ich fasse folgendermaßen zusammen:

1. Die Chirurgie der Nieren muß möglichst conservativ sein.

2. Ein chirurgischer Eingriff an einer Niere darf niemals stattfinden, wenn der Operateur sich nicht mit allen Mitteln bemüht hat, die Anwesenheit und Functionstüchtigkeit der anderen Niere festzustellen. Im Zweifelfalle darf niemals die Exstirpation der kranken Niere vorgenommen werden, sondern primär nur die Nephrotomie oder die Nephrostomie, welcher später, nachdem man sich von der genügenden Function der anderen Niere überzeugt hat, die Nephrectomie folgen kann.

3. Die bisher sicherste Methode die Functionstüchtigkeit der Nieren zu prüfen, besteht in der Untersuchung der durch den Ureterenkatheterismus getrennt aufgefangenen Nierensecrete, besonders nach der durch subcutane Injectionen von Phloridzin hervorgerufenen Glycosurie.

Referate.

I. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Dr. Blacher: **Zusammensetzung des Harns bei Atrophie.** (Vortrag in der Gesellschaft der Kinderärzte zu Petersburg vom 26. April 1900. Wratsch 1900, No. 17.)

B. fand, daß die Tagesquantität des Harns bei Atrophie um das Zweifache und darüber verringert ist, daß diese Verringerung jedenfalls mit der Körpergewichtsabnahme des atrophischen Kindes Hand in Hand geht. Das specifische Gewicht ist in schweren Fällen um 4—5 Teilstriche geringer als in der Norm. Bei stark ausgesprochener Atrophie ist der Harn äußerst übelriechend. Die Menge des Harnstoffes ist um das Zweifache verringert. Bei der dreifachen Verringerung der Harnstoffmenge tritt gewöhnlich der Tod ein. Bei Genesung des Atrophikers und Zunahme des Körpergewichts stieg die Menge der Chloride langsam, während die des Harnstoffs plötzlich steigt. Die Menge der Harnsäure ist verringert, desgleichen die der Phosphate. B. betrachtet als Ursache der Atrophie das herabgesetzte Resorptionsvermögen des atrophischen Darmcanals, die Herabsetzung der Oxydation in den Geweben, welche zur Ansammlung von nicht oxydirten Stoffwechselproducten im Organismus und zur Autointoxication führt, die in erster Linie auf das Nervensystem einwirkt. In manchen schweren Fällen von Atrophie zeigt der Harn ein milchiges Aussehen, und die Untersuchung ergiebt, daß dieser Harn eine Substanz enthält, welche zu den nicht oxydirten Stoffwechselproducten gehört. Dieser Harn wurde einem Kaninchen injicirt, wobei sich herausstellte, daß er viermal giftiger ist als normaler Harn. Die Behandlung der Atrophie muß in Folge dessen bestrebt sein, die localen Störungen zu beseitigen und die Oxydationsfähigkeit des Organismus zu steigern. In letzterer Beziehung könnte sich das Sperminum Poehl nützlich erweisen, weil es die Oxydation steigert. Lubowski.

J. P. Sheridan: **Four Cases of Diabetes mellitus of Apparent Bacterial Origin, and their successful Treatment.** (The New York Medical Journal, 17. Februar 1900.)

In der Voraussetzung, daß der Diabetes mellitus eine Krankheit ist, welche durch Bacterien und deren Toxine hervorgerufen wird, hat Verf. antibacterielle Medicamente gegen dieselbe nach dem Vorschlage anderer Autoren in Anwendung gezogen. Das Sublimat hat keine günstigen Resultate ergeben und so versuchte S. das „Arsenauro", eine Combination einer Arsen-Brom- und Gold-Bromverbindung. Dasselbe wurde dreimal täglich 8—60 Tropfen in Wasser gegeben. Vier Krankengeschichten sollen die günstige Wirkung dieser Medication illustriren, der schädliche Nebenwirkungen kaum anhaften. Blanck (Potsdam).

II. Gonorrhoe und Complicationen.

A. Ravogli (Cincinnati, Ohio): **The Treatment of Gonorrhoea in the Female.** (Sonderabdruck aus The Medical News, 18. November 1899.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die klinischen Erscheinungen der weiblichen Gonorrhoe, wobei R. die Bedeutung der Gonokokkenuntersuchung gebührend hervorhebt, giebt Verf. zunächst statistische Tabellen seiner Fälle und die Localisation der Gonorrhoe an. Die Seltenheit der gonorrhoischen Vaginitis bei Erwachsenen führt Verf. auf die Widerstandsfähigkeit des Epithels der Scheide zurück; seine Fälle betrafen schwächliche, anämische, junge Frauen, bei denen durch voraufgegangene Leukorrhoe dieses Epithel macerirt und für die Gonokokkeninvasion günstig vorbereitet war. Die Behandlung erstrebt eine möglichst häufige und prompte Reinigung der betroffenen Schleimhaut vom Secret und die Vernichtung der Gonokokken. Ersteren Zweck erfüllen wiederholte und prolongirte Irrigationen mit antiseptischen Lösungen; letztere wird erreicht durch Mittel, welche eine oberflächliche Necrose des Epithels herbeiführen. Zweimal täglich macht sich die Frau Ausspülungen mit Sublimat- oder Kal. permang.-Lösungen (1 : 5000). Alle 2—3 Tage nimmt der Arzt eine gründliche Auswaschung der Scheide mit der Lösung vor und reinigt die Cervix mit kleinen Wattetampons von dem anhaftenden Secret; bei starkem cervicalen Ausfluß wird die Cervix bis zum inneren Muttermund mit einem gelinden Flüssigkeitsstrom gereinigt; das Gleiche geschieht bei Urethritis mittels kurzen, rückläufigen Katheters (nicht Janet'sche Methode!) Irrigationen der Uterushöhle werden nur bei sehr profuser Absonderung vorgenommen, gewöhnlich genügen Instillationen mit 1 proc. Protargollösung. Ichthyol bewährt sich am besten in Form von

Ichthyoltampons (Ichthyol, Glycerin āā) bei acuter Vaginitis und Vulvitis; in subacuten und chronischen Fällen leisten die Silberpräparate mehr. Bei granulirenden Processen und nur bei solchen ätze man mit dem Höllensteinstift; bei Excoriationen der Cervix wende man starke Höllensteinlösungen an. Das Protargol ist das beste antigonorrhoische Mittel; es wird als 1—3proc. Lösung zur Urethralinjection, zur Einspritzung in die Ausführungsgänge der Bartholini'schen Drüsen und besonders bei Endocervicitis und Endometritis verwendet, bei letzteren mittels (Talley- oder Haynes-) Katheters. Bei Affectionen des Uterus genügen 5—10 Applicationen; sobald die Gonokokken verschwunden sind, kehrt die Frau zu Irrigationen mit Kal. permangan. oder Natr. biboracic. zurück. Besonders das Secret bald nach der Menstruation bedarf der genauen Gonokokkenuntersuchung. Bei chronischer gonorrhoischer Endometritis bewährte sich am besten das Curettement, da es Complicationen von Seiten der Tuben, der Ovarien und des Peritoneum verhütet Selbstverständlich bedarf der Allgemeinzustand der Kranken, Obstipation, Anämie sorgfältiger Fürsorge. Bei intercurrirender Gravidität sollen chronisch Kranke mäßig warme Scheidenspülungen mit Kal. permangan. vornehmen. Nach der Entbindung breitet sich oft die chronische Gonorrhoe der Cervix unter Exacerbation der Symptome auf das Endometrium aus, und diese Endometritis kann leicht mit der septischen Form verwechselt werden. Absolute Ruhe, heiße Compressen auf den Unterleib, Morphium, warme Irrigationen der Scheide mit antiseptischen Lösungen sind dann zu empfehlen. Um einer Reinfection vorzubeugen, ist bis zur völligen Genesung beider Ehegatten die Benutzung von Condoms anzuraten. Blanck (Potsdam).

III. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Dr. S. Jessner (Königsberg i. Pr.): **Compendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik für Studirende und Aerzte.** Zweite vollständig umgearbeitete und sehr erweiterte Auflage. (Verlag von Thomas & Oppermann, Königsberg i. Pr. 1900.)

Ein Compendium soll vornehmlich zur leichten und schnellen Orientirung für den Practiker dienen. Jessner hat deshalb auf kurze und präcise Fassung Wert gelegt, was ihm in hervorragendem Maße gelungen ist. Besonders sorgfältig hat er die in der Dermatologie meistens recht schwierige Differentialdiagnose erörtert. Bei der ausführlich behandelten Therapie sind nicht nur die Medicamente, und zwar auch die neueren wie die neuesten,

sondern auch die Methoden ihrer Anwendung eingehend wiedergegeben. Der kurz gehaltene allgemeine Teil enthält die Anatomie und Physiologie der Haut, die allgemeine Diagnostik, das Verhältnis der Hautleiden zu inneren Krankheiten, die allgemeine Therapie und schließlich die sogenannten dermatologischen Systeme. Eine allgemeine Verständigung über eine Systematisirung der Hautkrankheiten ist bisher trotz vieler Versuche nicht erzielt worden. Von den etwas veralteten Hebra'schen und Auspitzschen Systemen ist Jessner mit Recht abgewichen und hat für den speciellen Teil ein System zu Grunde gelegt, welches möglichst consequent auf pathologisch-anatomischer Basis aufgebaut ist unter Ausschluß jeder auf die Aetiologie sich stützenden Klasse. Das System hat folgende Klassen: 1. Functionsstörungen. 2 Anomalien der Blutverteilung (ohne Entzündungserscheinungen). 3. Entzündungen. 4. Granulome Mit Recht hat Jessner in dieses Capitel die Hautsyphilis mit aufgenommen, da dieselbe für die Diagnose fast aller Hautleiden von so großer Bedeutung ist, daß es nicht angeht, stets auf andere Bücher zu verweisen. 5. Hypertrophiae. 6. Neubildungen. 7. Regressive Ernährungsstörungen. Zum Schluß giebt Jessner noch einen kurzen Abriß der Kosmetik, so weit sie die Pflege von Haut und Haaren betrifft. Man sieht aus dieser kurzen Uebersicht, daß der ganze so umfangreiche Stoff äußerst klar und übersichtlich angeordnet ist, ohne mit Gewalt in ein System hineingezwungen zu sein Trotz der notwendigen Kürze ist die Ausdrucksweise eine äußerst präcise, der Styl des Buches ein fesselnder und anregender. Es ist nur zu wünschen, daß das Jessner'sche Compendium eine recht große Verbreitung finden und noch viele neue Auflagen erleben möge. Immerwahr (Berlin).

Hügel und Holzhauser: **Ueber Syphilisimpfungen am Tiere.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1900, Bd. 51, Heft 2.)

Verff. haben den Versuch gemacht, Syphilis auf Tiere, und zwar mit gutem Erfolge, zu übertragen. Rücksicht nehmend auf die ebenfalls günstigen Resultate anderer Forscher, resumiren sie sich dahin, daß das Syphilisgift auf Warmblüter, und zwar speciell zunächst auf das Schwein übertragbar ist. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Spiegler, Neumann, Finger, Matzenauer: **Interessante Syphilisfälle.** (Demonstrationen in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft vom 7. März 1900. Wiener klin. Wochenschr. 1900, No. 17.)

Spiegler demonstrirt eine 72jährige Frau, die 40 Jahre verheiratet war und seit Jahren verwittwet ist. Vor 50 Jahren erfolgte vier Mal hinter einander Abortus. Jetzt hat sie ein universales Exanthem, dessen so spätes Auftreten bemerkenswert ist, da man eine neuerliche Infection wohl nicht annehmen kann.

Neumann demonstrirt einen 34jährigen Kranken mit umfangreichen gummösen Zerstörungen des Rachens. Infection 1892. $^1/_2$ Jahr darauf

Lichen syphiliticus und ein papulo-pustulöses Exanthem. Seit 1896 Auftreten und rasches Fortschreiten der Geschwüre im Rachen. Hierauf demonstrirt N. eine 55jährige Patientin mit multiplen ulcerirten Hautgummen. Syphilis seit 1893.

Finger demonstrirt einen Patienten, bei dem man nach dem Initialaffect und dem fast involvirten papulo-pustulösen Exanthem nunmehr überall Veränderungen in den Venen der Extremitäten sieht. Die Gefäße sind als verdickte, nicht schmerzhafte Stränge und längs derselben den Venenklappen entsprechende Knötchen zu tasten Sie verschwinden unter specifischer Behandlung, wonach aber andere auftauchen. Diese Gefäßerkrankung betrachtet F. als multiple, chronisch-syphilitische Phlebitis.

Ehrmann hebt, auf obige Demonstration Bezug nehmend, hervor, daß während die infiltirten Venen mannigfache Inseln einschließen, die Lymphstränge in bestimmten Richtungen verlaufen und wegen der dichten Anordnung der Gruppen viel- und kleinhöckrig erscheinen, wie bei der dorsalen Lymphstrangsclerose.

Matzenauer berichtet über gummöse Neubildungen im Blasenhalse bei einer 20jährigen Prostituirten. Dieselben erschienen bei der urethroskopischen Untersuchung der dilatirten Harnröhre als flach erhabene, leicht blutende Wucherungen. Lubowski.

Prof. Popow (Kasan): **Zwei Fälle von Syphilis des Rückenmarks.** (Vortrag in der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie an der Universität Kasan vom 11. März 1900. Wratsch 1900, No. 15.)

P. beobachtete 2 Fälle von Syphilis des Rückenmarks, welche ein auffallend ähnliches klinisches Bild darboten. 1. Der 29jährige Patient hat vor einigen Jahren Syphilis acquirirt. Jetzt entwickelte sich innerhalb einiger Tage Lähmung der beiden unteren Extremitäten nebst Herabsetzung der Sensibilität und Incontinenz des Harns und der Fäces. Die Untersuchung im Krankenhause ergab: unvollständige Paralyse der unteren Extremitäten, schwache Muskelrigidität, auffallende Steigerung der Sehnenreflexe, Störung der Harnentleerung und des Stuhlgangs und verhältnismäßig schwache Störungen der Hautsensibilität an den unteren Extremitäten. Auf Grund dieser Symptome war die Annahme berechtigt, daß im vorstehenden Falle syphilitische Spinalparalyse vorlag. Da nun außerdem bei dem Patienten fast vollständiges Fehlen sämtlicher Sensibilitätsarten an den Genitalien, am Damme, am Gesäß und auf dem oberen Drittel der hinteren Schenkeloberfläche bestand, so konnte man annehmen, daß die Affection die Cauda equina betraf. Auf Grund der klinischen Symptome gelangte Vortr. noch weiter zu dem Schlusse, daß die Affection in diesem Falle auf die unteren Lumbalwurzeln nicht beschränkt blieb, sondern sich nach oben ausdehnte und wahrscheinlich die postero-lateralen Stränge des Rückenmarks in dem unteren Bezirk des Brustteils desselben ergriffen hat; außerdem deuteten einige Symptome auf eine Affection der Hirnhäute. Alles in Allem nimmt Verf. an, daß der Patient an der häufigsten Form der syphilitischen

Affection des Rückenmarks leidet, und zwar an einer syphilitischen Entzündung der Hirnhäute und -substanz. Der zweite Fall bot in seiner Gesamtheit dasselbe Bild.

Auf Grund kritischer Beleuchtung der einschlägigen Litteratur, sowie Erörterung seiner beiden Fälle gelangt Vortr. zu dem Schluß, daß die ursprüngliche Erb'sche Auffassung der syphilitischen Spinalparalyse als einer selbständigen Krankheit nicht genügend begründet ist, und daß eher die Ansicht berechtigt ist, daß die Erb'sche Paralyse nichts Anderes darstellt als einen der Grade, welche im Verlauf der syphilitischen Entzündung der Hirnhäute und -substanz beobachtet werden. Lubowski.

Dr. Smirjagin: **Beitrag zur Frage der Blutveränderungen im späten Syphilisstadium.** (Vortrag in der Gesellschaft für Dermatol. und Venerol. zu Moskau vom 29. März 1900. Wratsch 1900, No. 18.)

S. hat in der Klinik von Prof. Selenew an 30 Syphilitikern in in der Ueberschrift angegebenen Richtung Untersuchungen angestellt. Unter den 30 Patienten befanden sich drei mit hereditärer Syphilis, während die übrigen gummöse oder latente Syphilis hatten. Er gelangte zu folgenden Schlüssen: 1. Die Zahl der roten Blutkörperchen war in sämtlichen Fällen vor der Behandlung entweder normal oder unbedeutend herabgesetzt. 2. Während der specifischen Behandlung wurde eine unbedeutende Vermehrung der roten Blutkörperchen beobachtet. 3. Zu Ende der specifischen Behandlung zeigte sich die Zahl der roten Blutkörperchen größer als normal. 4. Die Zahl der weißen Blutkörperchen war vor der Behandlung normal oder leicht gesteigert. 5. Während der Behandlung zeigten die weißen Blutkörperchen Neigung zur Verringerung. 6. Zu Ende der Behandlung war die Zahl der weißen Blutkörperchen geringer als vor derselben. 7. Während der Behandlung stieg die Quantität des Hämoglobins. 8. Gegen Ende der Behandlung war die Hämoglobinquantität höher als vor der Behandlung. Vortr. glaubt, daß die Untersuchung des Blutes einige Anhaltspunkte dafür geben kann, inwiefern die Syphilis in jedem einzelnen Falle geheilt ist. Lubowski.

F. Schuster: **Ueber die sogenannte Lues hereditaria tarda, beobachtet an der bosnisch-herzegovinischen Mannschaft der Wiener Garnison aus den Jahren 1897, 1898 und 1899.** (Wiener klinische Wochenschrift 1900, No. 21.)

Vor den 30er Jahren war die Syphilis in Bosnien und Herzegovina wenig gekannt. Erst im Jahre 1832 soll sie durch ein türkisches Heer eingeschleppt worden sein. Auf der Abteilung für Haut- und Syphiliskranke des Garnisonspitals No. 1 in Wien werden mit jedem Jahre bei Einrückung der Rekruten von bosnisch-herzegovinischen Regimentern Fälle von Syphilis beobachtet, bei denen kein Primäraffect nachzuweisen ist. Aus den letzten drei Jahren liegen 54 solcher Fälle vor, bei denen durch sorgfältiges Be-

fragen nicht einmal ein stattgehabter Coitus, noch weniger ein Primäreffect eruirt werden konnte. Bei den Krankheitserscheinungen, welche die betreffenden Patienten darboten, fiel das zumeist secundäre Spätstadium der Syphilis und ferner das hauptsächlichste Ergriffensein der Mund-, Rachenhöhle und des Larynx auf. Oft ist nur das Bild einer luetischen Angina nebst allgemeinen Drüsenanschwellungen vorhanden, zu denen sich eine namhafte Schwellung der Tonsillen bald mit oberflächlicher, bald mit tiefgreifender Geschwürsbildung gesellt. Hierzu kommen Plaques von verschiedener Größe und Ausdehnung an der Mundschleimhaut, der Zunge und den Lippen. Sehr häufig, in 82 pCt. der erwähnten Fälle, ist der Larynx mitergriffen. Ulcera von wechselnder Größe auf einem der beiden wahren Stimmbänder, Anschwellungen und düsterrote Färbung der Taschenbänder bedingen die characteristische heisere und kraftlose Stimme der Kranken. Daneben ist gewöhnlich auch die Epiglottis diffus gerötet, geschwollen und zusammengefaltet, das Zahnfleisch aufgelockert. Ferner war in neun Fällen eine Rhinitis atrophicans luetica zu constatiren neben Vorhandensein von kreisrunden Geschwüren in Linsengröße mit etwas harten Rändern und mit bräunlich gelben, ziemlich fest adhärirenden Borken bedeckt. Necrose des knöchernen Anteiles des Nasengerüstes war in einem einzigen Falle neben vollständigem Verschluß der Choanen vorhanden. Unter den Hautaffectionen waren das kleinpapulöse, klein- und großmaculöse Exanthem selten zu sehen. Am häufigsten imponirten die breiten Condylome an Prädilectionsstellen, wie Scrotum und Anus. Auf der behaarten Kopfhaut constatirte Verf. in sechs Fällen ein crustöses Syphilid, welches bei einem Kranken besonders durch die häufigen Recidive interessant war. Ausgesprochene tertiäre Erscheinungen konnte Verf nur bei zwei Fällen beobachten.

Die Therapie erwies sich überall, selbst bei schweren Fällen, als sehr wirkungsvoll, indem die Erscheinungen gewöhnlich nach 20—25 Einreibungen mit grauer Salbe zu 3,0 bis 4,5 g pro die sämtlich zurückgingen, bei Recidiven Jodkali und 5 ‰ Sublimatinjectionen ausgezeichnete Erfolge hervorriefen.

Bezüglich der Aetiologie nimmt Verf. auf Grund eingehenden Studiums seiner Fälle an, daß bei allen diesen Fällen nur höchst selten von einer hereditären Syphilis die Rede sein kann; vielmehr dürfte es sich um in frühester Kindheit oder noch später erworbene Syphilis handeln. Die Ursachen des Contagiums sind wahrscheinlich der Säugungsact, dann der gemeinschaftliche Gebrauch von Trinkgeschirren und Geräten, sowie der Tabakspfeifen, die von Mund zu Mund gehen, ferner die wollenen Kleidungsstücke, das Zusammenschlafen, der Gebrauch von meistens stumpfen und schmutzigen Rasirmessern. Dabei kommt noch die große Unreinlichkeit der ärmeren Bevölkerung, welche am allermeisten von der Krankheit heimgesucht wird und die nahezu gänzlich vernachlässigte Hautpflege als Mitursache in Betracht. Desgleichen dürfte das in der dortigen Gegend noch übliche Aussaugen der Operationswunde bei der rituellen Circumcision zur Verbreitung der Syphilis beitragen. Lubowski.

Dr. Persijanow: **Ein Fall von spätem Auftreten von hereditärer Syphilis.** (Vortrag in der Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie zu Charkow vom 21. März 1900. Wratsch 1900, No. 18.)

P. beobachtete einen 23jährigen Soldaten, der im Januar 1899, nachdem er eine acute Krankheit überstanden hatte, an Kopfschmerzen und Schwindel erkrankte. Bald begannen sich bei demselben an den Scheitel-, Stirn-, Hinterhaupt- und Unterschenkelknochen Geschwülste zu bilden, welche sowohl den Knochen selbst, wie auch das Periost ergriffen. Im Februar 1900 zeigte der Patient bei der Aufnahme in die Klinik starke Entstellung des Schädels durch fünf Geschwülste, von denen die größte auf dem Scheitelknochen in der Medianlinie saß und ca. 9½ cm im Durchmesser hatte. Die nächstgroße Geschwulst saß auf dem Hinterhauptknochen und hatte 8 cm im Durchmesser; die übrigen drei Geschwülste, die kleiner waren, befanden sich auf den Stirnknochen. Sämtliche Geschwülste waren weich-elastisch, halbrund und von einem Knochenring umgeben. Der Druck auf die größte Geschwulst rief Kopfschmerzen, Schwindel, Uebelkeit, Verlangsamung des Pulses und Verengerung der Pupillen hervor. Gegenwärtig ist die Geschwulst, nachdem der Patient 24 g 1proc. Sublimatlösung und 62 g Jodkalium erhalten hat, mehr als bis zur Hälfte resorbirt. Der Nasenrücken ist sattelförmig vertieft. An der Uebergangsstelle des Knorpelteils der Nase in den Knochenteil befindet sich eine starke Vertiefung. Außerdem besteht eine Perforation des Vomer von 1 cm im Durchmesser. Die Zähne sind unregelmäßig, Lymphdrüsen nirgends vergrößert. Der Patient ist verheiratet, hat eine gesunde Frau und gesunde Kinder; bis zur Verheiratung hat er den Coitus niemals ausgeführt. Die Anamnese ergiebt keine Anhaltspunkte für die Annahme einer acquirirten Syphilis. — P. betrachtet in Folge dessen vorstehenden Fall als spätes Auftreten von hereditärer Syphilis, zu dem eine überstandene acute Krankheit durch Schwächung des Organismus den Impuls gegeben hat. Lubowski.

Dr. Emil Keppich: **Ueber Behandlung der Syphilis mit Pulvis cinereus.** (Vortrag im Budapester königl. Aerzteverein. Pester medicinisch-chirurgische Presse 1900, No. 14.)

Um die Wirkung des Pulvis cinereus festzustellen, wählte K. schwere Fälle von Lues und stellte gleichzeitig parallele Versuche einerseits mit der Schmierkur, andererseits mit dem Tragen von Quecksilbersäckchen an. Die Ergebnisse seiner Versuche faßt er in folgenden Schlußsätzen zusammen:

In mit Pulvis cinereus behandelten frischen Fällen bildet sich die Roseola ebenso langsam zurück, als wenn gar keine Behandlung stattgefunden hätte. Bei ausgedehnteren Exanthemen führte die Schmierkur rascher zu einem Resultat. In einem Falle bildete sich unter der Behandlung mit Pulv. ciner. der papulöse Ausschlag zurück. Auf die Drüsenintumescenzen war das Pulv. ciner. blos von sehr geringer Wirkung. Auf

sonstige locale Erscheinungen (Condylome, Plaques) war das Pulv. ciner. ebenso wirkungslos wie die Schmierkur; in solchen Fällen ist die locale Behandlung unausweichbar. Die Behandlung mit Pulvis ciner. kann also keinesfalls der Schmierkur gleichgestellt werden, welche für frische und für gern recidivirende Fälle auch weiterhin in erster Reihe in Betracht kommt. Im intermediären Stadium aber kann das Pulv. ciner. in Anwendung gebracht werden, um dem Organismus doch eine gewisse Quantität Quecksilber zuzuführen. Das Pulv ciner. mag übrigens anstatt der Schmierkur angewendet werden bei ausgedehnten eczematösen Processen, Furunculosis, Ichthyosis, Psoriasis, sub finem graviditatis und in der Frühbehandlung der Syphilis. Es ist oft besser als die Injectionskur, besonders bei Patienten, die gegen letztere intolerant sind; jedenfalls ist das Pulv. ciner. der internen Dosirung des Quecksilbers vorzuziehen, bei welcher, abgesehen von den Darmstörungen, sehr wenig Hg in den Organismus gelangt. Lubowski.

Dr. Adolfo Fasano (Neapel): **Das Jodalbacid in der heutigen Therapie.** (Archivio internationale di Medicina e Chirurgia, Febr.-März 1900.)

Wir entnehmen dem Aufsatz des Verf.'s seine uns an dieser Stelle interessirenden Angaben über die Anwendung des Jodalbacids bei der Behandlung der Syphilis. Verf. betont vor Allem, daß die Jodbehandlung der Syphilis nach den gegenwärtigen Anschauungen nicht nur in dem sogenannten tertiären Stadium einzuleiten ist, sondern daß diese Behandlung der Syphilis schon in den ersten Stadien angewendet werden kann. In Fällen, bei welchen es sich um secundäre syphilitische Veränderungen der Schleimhäute handelte, konnte Verf. einen günstigen Einfluß der Jodtherapie, nämlich durch Jodalbacid (3—4 g pro die während 4—5 Wochen), auf den krankhaften Vorgang beobachten. Namentlich in Fällen von secundären syphilitischen Erscheinungen der Schleimhaut der Zunge, durch welche, wie schon bekannt, sich im Vordergrund Papeln und Erosionen zeigen, indem in der Mittellinie Rhagaden sowie Geschwüre zum Vorschein kommen, desgleichen in Fällen von syphilitischen Geschwüren des hinteren Randes des weichen Gaumens, der Uvula, der Tonsillen etc. etc., hat Verf. nebst der Nachbehandlung mit Quecksilberpräparaten sehr häufig das Jodalbacid angewandt: das Resultat war ein günstiges und rasches. Den unzweifelhaften Beweis dafür, daß in diesen Fällen von secundärer Syphilis das Jodalbacid eine außerordentlich heilende Wirkung ausübte, lieferte die Thatsache, daß gerade bei den Patienten, bei welchen die Therapie mit den Quecksilberpräparaten einen großen Widerstand fand, namentlich als es sich um abgemagerte, anämische und insbesondere um scrophulöse Patienten handelte, das gleichzeitig verabreichte Jodalbacid direct auf die syphilitischen Erscheinungen, sowie auf das Allgemeinbefinden und auf den Ernährungszustand in günstiger Weise einwirkte: ein solches Resultat ging thatsächlich von dem Jodalbacid, das Verf. auch nach dem Verschwinden der Syphilis andauernd verabreichte, aus. In vielen Fällen, wo es sich um das sogenannte

tertiäre Stadium der Syphilis und um Patienten handelte, welche das Jodkalium nicht mehr vertragen konnten, hat Verf. das Jodalbacid verschrieben und glänzende Resultate erreicht, ohne daß irgendwie sich die unangenehmen Nebenerscheinungen des Jodkaliums geltend machten. In den meisten Fällen nach der Behandlung mit dem Jodalbacid waren die syphilitischen Erscheinungen ganz verschwunden. Lubowski.

Hallopeau et Lemierre: **Contribution à l'étude du chancre simple chez la femme.** (Annales de derm. et de syph. 1900, No. 4. Soc. de derm. et de syph., séance du 23. avril 1900.)

Weiche Schanker können bei Frauen Eigentümlichkeiten bieten, die sie bei Männern nicht haben. In zwei Fällen von H. und L. hatten sich dieselben auf die obere innere Fläche der Oberschenkel fortgepflanzt und dort beträchtliche Ausdehnung erreicht. Zudem verursachten sie unerträgliche Schmerzen und hinderten vollkommen am Gehen. Ihre Ränder waren hart, erhaben und ganz unregelmäßig, und der Grund trieb granulomähnliche Wucherungen. Die Narben, die sie hinterließen, waren Keloide und waren von Pigmentstreifen umgeben. Dreyer (Köln).

IV. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Horwitz: **Two Cases of Hypertrophy of the Penis.** (Annales of Surgery 1899, Part. 2, S.-A.)

Der erste der beiden schon an und für sich seltenen und interessanten Fälle ist um so mehr beachtenswert, als er den schädigenden Einfluß sich häufig wiederholender, wenn auch ganz geringer Traumen vor Augen führt. Er betrifft einen 38jährigen Mann, Acrobaten von Beruf, der beim Tragen eines Tricotanzuges während der Vorstellung durch gewisse Manipulationen seinen Penis möglichst unsichtbar zu machen suchte, indem er ihn zwischen die Testes drückte. Im Laufe der Zeit hat dieser sich fast täglich wiederholende Vorgang zur gewaltigen Hypertrophie des Penis geführt.

In dem zweiten Falle handelte es sich um eine scheinbar spontane Hypertrophie des Penis bei einem 45jährigen Manne unter unförmlicher Wucherung der Penishaut. Da letztere zugleich auch fibrös degenerirt war, so wurde sie mittels Längsschnitts dem Rücken des Penis entlang excidirt. Wider Erwarten war die Blutung bei der Operation nicht bedeutend und konnte mit gewöhnlichen Mitteln gestillt werden. Der postoperatorische Verlauf war ziemlich protrahirt. Der Erfolg der Operation war ein durchaus günstiger, indem der Patient wieder die Fähigkeit erlangte, den Coitus auszuüben. In diesem Falle handelte es sich um Elephantiasis penis.

Lubowski.

Horace Wilson (Hackney, N. E.): **Foreign Body in the male Urethra.** (The British Medical Journal, 24. Februar 1900.)

Ein Matrose hatte, schwer betrunken, eine Hutnadel von 6$^1/_2$ Zoll Länge' die einen Glasknopf trug, in seine Harnröhre eingeführt; dieselbe entschlüpfte seinen Fingern und Verf. entfernte sie auf folgende Weise. Er stieß die Spitze, welche sich hinter der Glans in die Urethra eingespießt hatte, durch die Harnröhre durch, zog sie mit einer Zange so weit vor, daß der Knopf, welcher in der Tiefe des Perineums zu fühlen war, der Durchtrittsöffnung der Spitze anlag, brachte letztere durch eine Kreisdrehung nach hinten und stieß die Nadel mit dem Kopf voran aus der Harnröhre heraus. Heilung.

Blanck (Potsdam).

Arthur Hawley (Coventry): **Foreign Body in male Urethra.** (The British Medical Journal, 17. März 1900.)

Ein dem von Wilson in derselben Zeitschrift vom 24. Februar 1900 (cf. Ref.) ähnlicher Fall. Der Kranke hatte sich gleichfalls eine Hutnadel von 6 Zoll Länge in die Harnröhre eingeführt; dieselbe brach beim Versuch, sie wieder herauszuziehen, ca. 1$^1/_2$ Zoll vom spitzen äußeren Ende ab. Mit geringer Blutung aus dem Penis stellte er sich dem Verfasser vor. Der Glasknopf war in der Nähe des Anus am Perineum, das abgebrochene Ende am Scrotalansatz zu fühlen. Extractionsversuche mit allen zur Hand befindlichen Zangen mißglückten. Erst am anderen Tage gelang die Extraction mittels einer gewöhnlichen Brennscheere, deren Anwendung der Patient angeraten hatte.

Blanck (Potsdam).

V. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. Woskresenski: **Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlungsmethoden der Tuberculose des Genitalapparates bei Männern. Fall von Excision der Vesicula seminalis und des Vas deferens.** (Chirurgia. Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, H. 5.)

Auf Grund eines Falles eigener Beobachtung, in dem Verf. wegen Tuberculose die Totalcastration ausgeführt hatte, sowie auf Grund eingehenden Studiums der Litteratur gelangt Verf. zu der Ansicht, daß bei Tuberculose der Hoden oder Nebenhoden nicht selten die Samenblase und das Vas deferens sympathisch erkrankt wären. Da man bei einfacher Castration nicht die Sicherheit haben kann, sämtliche tuberculöse Herde des Genitalapparates entfernt zu haben, so ist in allen Fällen von vernachlässigter Hodentuberculose, sowie auch in denjenigen Fällen von verhältnis-

mäßig frischer Erkrankung, in denen die Samenblase und das Vas deferens bereits mit erkrankt sind, die totale Castration vorzunehmen. Der zweite Teil der totalen Castration, die Spermatocystectomie, wird am zweckmäßigsten nach einer der perinealen Methoden, speciell nach der Methode von Roux, ausgeführt. Die Methodik der Untersuchung der Samenblase und der Vasa deferentia ist noch nicht abgeschlossen und erfordert weitere Ausarbeitung.

Lubowski.

Desnos: **Influence de la résection des veines spermatiques sur la dysurie des prostatiques.** (Ann. des org. gén.-urin. 1900, No. 1.)

D. schlägt für die Hebung der Beschwerden der Prostatiker eine neue Operationsmethode vor, nämlich die Resection der Venen des Samenstranges einschließlich eines Stückes Scrotalhaut. Die Operation ähnelt der einfachen Varicocelenoperation. Bisher hat D. sieben Fälle operirt und ist mit den Erfolgen recht zufrieden. Stockmann (Königsberg i Pr.).

Gassmann: **Note sur un cas de bactériurie avec quelques remarques sur le diagnostic des prostatites.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1900, No. 2.)

Bisher sind nur fünf Fälle von Bacteriurie beobachtet, welche durch den Staphylococcus alb. bedingt wurden. G. fügt einen neuen Fall hinzu, wo dieser Pilz in Reincultur gefunden wurde, und zwar hatte diesmal die Bacteriurie ihren Ausgangspunkt in einer Entzündung der Samenblasen. Alle angewandten Mittel, insbesondere das Urotropin, waren erfolglos. Am besten wirkten noch Instillationen von Arg. nitr.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

VI. Blase.

Thomas R. Brown (Baltimore): **Cystitis due to the Typhoid Bacillus introduced by Catheter in a Patient not having Typhoid fever.** (Medical Record, 10. März 1900.)

Der Nachweis von Typhusbacillen im Urin ist vom hygienischen Standpunkt von größter Bedeutung; er ist in zahlreichen Fällen von Typhus abdominalis erbracht und publicirt. Bouchard, Hueppe, Seitz, Konjajeff, Karlinski, Neumann, Melchior, Borges, Krogius, Rovsing und Andere haben casuistische Beiträge geliefert. Es ist von ihnen auf die coexistirende Albuminurie, auf das späte Auftreten der Typhusbacillen während des Typhus und oft nach Ablauf desselben hingewiesen und das klinische Krankheitsbild der Harnorgane festgelegt. Die Widal'sche Reac-

tion ist erst in den seit 1898 veröffentlichten Fällen zur Bestimmung des gefundenen Bacillus herangezogen worden. In einem Falle (Young) wurde der Eberth'sche Bacillus als Ursache einer chronischen Cystitis von fünfjähriger Dauer, die im Anschluß an Typhus entstanden war, nachgewiesen; in einem anderen Falle (Houston) bestand die Cystitis drei Jahre seit dem Typhus. Verf. berichtet nun über folgenden Fall: Eine Frau wurde wegen Uterusmyoms am 20. Januar 1899 operirt; vor 35 Jahren Typhus, seitdem gesund. Der Urin war am Tage der Operation völlig normal, die Blase während der Operation vielfachen Insulten ausgesetzt und vielleicht leicht verletzt. Reconvalescenz verlief gut bis zum siebenten Tage: Schmerzen in der Blase traten auf, der Urin (mittels Katheter entnommen) zeigte ein dichtes Sediment von fast reinem Eiter, reichlich Eiweiß, Reaction sauer. Fieber bestand zehn Tage lang (ca. 100° F). Es stellten sich die gewöhnlichen Symptome einer acuten Cystitis ein, die bis auf den Harndrang nach zehn Tagen verschwanden. Der Eitergehalt des Urins schwand nach 28 Tagen; die prompte Heilung erfolgte auf Urotropindarreichung. Die Untersuchung des zuerst und eines am 20. Krankheitstage unter allen Cautelen entnommenen Harns ergab das Vorhandensein des Typhusbacillus in Reincultur; alle bacteriologischen Zeichen waren vorhanden. Ueber die Art der Infection läßt sich Sicheres nicht sagen. Ausgeschlossen ist wohl die Möglichkeit, daß die Bacillen 35 Jahre im Körper geschlummert haben, ohne irgend welche Symptome zu zeitigen. Wahrscheinlich sind sie von außen durch Katheterismus in die Blase eingeschleppt, wenn auch die Pflegerinnen selbst weder an Typhus erkrankt noch mit Typhösen in Berührung gekommen waren. Der Fall beweist die Wichtigkeit genauer bacteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchung des Harns in dunklen Fällen von Cystitis. Blanck (Potsdam).

Herczel: **Fall von Ectopia vesicae.** (Demonstr. i. d. Ungarischen Gesellschaft der Aerzte, 10. Juni 1899; ref. nach Wiener medicinische Wochenschrift 1900, No. 14.)

H. demonstrirt einen Fall von Ectopia vesicae, bei welchem er die Blase exstirpirt und die beiden Ureteren in den Dickdarm implantirt hatte. Nach erfolgter Heilung kann Patient den Harn tagsüber 5—6 Stunden lang halten; nur Nachts, bei tiefem Schlaf, verspürt er nicht immer den Reiz und läßt den Urin manchmal unter sich. E. Samter.

Schuyler Colfax Graves (Grands Rapids, Mich.): **The relative Merits of Operations for the Extraction of Vesical stone in the Male; with Observation on the Suprapubic and left Lateral perineal Methods.** (Medical Record 1900, 3. März.)

Verf. geht von der Ansicht aus, daß die niedrige Mortalitätsziffer bei der Litholapaxie verglichen mit der bei perinealer und suprapubischer Cystotomie eine Folge der großen Gefahren sei, welche heute noch den beiden letzteren operativen Methoden anhaften. Er giebt daher für dieselben

Modificationen an, welche sie der Litholapaxy in Bezug auf die Resultate nicht nur gleichwertig, sondern sogar überlegen machen sollen. Die Verbesserung der Sectio perinealis lateralis sinistra besteht darin, daß die Pars prostatica urethrae und der Blasenhals nicht incidirt, sondern nur dilatirt werden; hieraus ergeben sich folgende Vorteile: 1. bleibt Prostata und Blase unverletzt, 2. wird die Verletzung eine kleinere, 3. wird eine Haemorrhagie aus dem prostatischen Plexus vermieden, 4. vermeidet man eine Schädigung der Dc. ejaculatorii und 5. eine Harninfiltration, 6. trennt man nicht Blase von Harnröhre, 7. umgeht man eine größere Verunreinigung der umgebenden Gewebe, 8. hat man mehr oder weniger die Controle des Urins in der Hand, 9. kann man erforderlichen Falls leichter drainiren und 10. ist die Heilung eine schnellere. Zwei Fälle werden für die Vorzüge des Verfahrens kurz angeführt; das Verfahren selbst besteht darin, daß nach Eröffnung der Pars membranacea auf einer ausgehöhlten Leitsonde ein Gebärmutterdilatator eingeführt wird, der soweit dehnt, daß ein Finger leicht bis in die Blase dringt und mit Hilfe einer Zange (Longyear) der Stein extrahirt oder event. zertrümmert werden kann. Die Miction geht nach einer mehrstündigen Blasendrainage per viam naturalem von Statten; die Heilung der tamponirten Wunde erfolgt rasch. Die Verbesserungen, welche für die Sectio alta angegeben sind, bestehen in horizontaler Incision, Aufblähung der Blase mit Luft (Bristow), intraperitonealer Eröffnung der Blase (Harrington), zweizeitigem Blasenschnitt (Genu), und schließlich eröffnet Verf. die Blase in einer Sitzung, nachdem er vorher durch Cauterisation oder Höllensteinbehandlung die praevesicale Schnittwunde vor einer Harninfection geschützt hat. Diese modificirte Sectio alta soll bei älteren Leuten mit hypertrophirter, entzündlicher Prostata Anwendung finden, die modificirte Sectio lateralis bei Kindern und Leuten im mittleren Lebensalter. Blanck (Potsdam).

VII. Ureter, Niere etc.

Predtetschensky (Moskau): **Ein Fall europäischer Chylurie.** (Zeitschrift für klin. Medicin 1900, Bd. 40, Heft 1—2.)

Die Chylurie ist jetzt nicht mehr eine Krankheit, die ausschließlich in den Tropen vorkommt. In den letzten 30 Jahren sind in der Litteratur ungefähr 20 Fälle dieser Krankheit bei Personen, die nie ihre Heimat, Europa, verlassen haben, beschrieben worden. Leider bleibt bis jetzt das Wesen der Chylurie noch vollkommen unaufgeklärt, darunter die wichtigste und wesentlichste Frage bei dieser Krankheit, von wo das Fett kommt, ob es aus dem Blute oder aus den Lymphgefäßen ausgeschieden wird. Der vorliegende Beitrag des Verf.'s dürfte also, trotzdem er nur einen Fall umfaßt, des Interesses nicht entbehren. Der Fall betrifft eine 33 Jahre alte Patientin,

die im Alter von 16 Jahren ihr jetziges Leiden acquirirt hatte. Plötzlich, ohne jede Ursache, fühlte die Kranke eine Harnstauung; bald darauf erschien im Harn ein gelbliches Gerinnsel, der Harn war ebenfalls gelb, obgleich etwas trübe. Die Gerinnsel erschienen im Verlauf mehrerer Tage und hörten dann auf, wonach sich die Kranke für vollständig gesund hielt. Seit der Zeit wiederholte sich das Ausscheiden der Gerinnsel ziemlich oft, ungefähr alle 2—3 Monate, manchmal auch zweimal im Monat, wobei die Kranke eine jedesmalige Harnstauung constatirte. Ungefähr ein Jahr nach Anfang der Krankheit veränderte sich wesentlich der Harn und die Gerinnsel. Während des Paroxysmus hatte der Harn das Aussehen verdünnter Milch, manchmal enthielt er kleine weiße Gerinnsel. Zu dieser Zeit wurde der Unterschied zwischen den einzelnen Harnportionen besonders auffällig: die Morgen- und Nachtportionen waren fast normal, die Tagesportionen deutlich milchig mit vielen weißen Gerinnseln. Gleichzeitig mit der Veränderung des Harns fühlte die Kranke eine bedeutende allgemeine Schwäche und Ermüdung beim Gehen. Mit 19 Jahren heiratete die Kranke. In den ersten Tagen ihres Ehelebens war der Harn nur etwas trübe, ohne Gerinnsel. Ungefähr zwei Monate nach der Heirat erschien wieder der milchige Harn und in ihm die Gerinnsel, wobei die Gerinnsel anfangs wie gewöhnlich weiß waren, dann aber rot und dabei von einer solchen Größe, daß sie nur mit Mühe durch das Lumen der Urethra durchtreten konnten. Zu den früheren Krankheitserscheinungen gesellten sich noch Schmerzen im Kreuz und in der rechten Schulter. Man verordnete ihr Electrisirung und Pillen. Nach einem Monat verschwanden die Krankheitssymptome, der Harn wurde durchsichtig und die Kranke genas. Im Laufe von drei Jahren war nichts von der früheren Krankheit zu merken, die Kranke erholte sich und nahm sogar zu. Nach drei Jahren wieder milchiger Harn und wieder Gerinnsel, anfangs weiße, dann rote. Seit dieser Zeit nahm die Krankheit einen deutlich periodischen Verlauf. Bald war die Kranke ganz gesund, dann wieder erschien der milchige Harn mit seinen unausbleiblichen Begleitern: allgemeiner Schwäche und Abmagerung. Der größte Zeitraum, in dem die Krankheit ausblieb, umfaßt drei Jahre, jeder Krankheitsanfall dauerte 3—5 Monate. Das letzte Mal erschien die Krankheit im März 1899. Status praesens im April 1899: Beim Abtasten des Abdomens wurde jedes Mal ein ziemlich starker, stechender Schmerz in der Gegend der beiden Ureteren constatirt, besonders von der rechten Seite, ein Schmerz, der bis zum Anus und bis zur Weiche ging; bei dem Abtasten konnte keinerlei Geschwulst constatirt werden. Die Gegend der Nieren und der Blase ist vollkommen schmerzlos. Auch sonst nichts Abnormes.

Harnanalyse im April 1899. Binnen 24 Stunden scheiden sich 1200 bis 1800 ccm Harn aus. Specifisches Gewicht 1012—1014. Der Harn hat eine schwach saure Reaction, ist sehr trübe. Die einzelnen Harnportionen sind sehr verschieden; einige sind ganz weiß, wie verdünnte Milch, oder richtiger wie Thee mit Milch (gelbliche Färbung), andere dagegen sind ganz durchsichtig, von strohgelber Farbe. Nach den einzelnen Tagesstunden ver-

teilen sich diese Portionen folgender Weise: Von 4 Uhr Morgens scheidet sich strohgelber Harn mit wenig flockigem Sediment aus, das dauert bis zum Aufstehen. Sobald die Kranke sich zu bewegen anfängt (sich anzukleiden, sich zu waschen u. s. w.) oder irgend welche Nahrung zu sich nimmt, so wird der Harn allmählich immer trüber. Ganz weiß wird er nach 3—4 Stunden nach dem Essen oder auch früher, wenn sich die Kranke viel bewegt hat. Abends wird der Harn wieder durchsichtiger, und zum Morgen nimmt er nach und nach seine normale Färbung an. Ohne Zweifel haben Nahrung und Bewegung einen großen Einfluß auf die Beschaffenheit des Harns. Das Ausscheiden von normalem Harn wurde immer von einem stechenden Schmerz in der Urethra begleitet, besonders wenn der Harn von fibrinösen Gerinnseln begleitet wurde. Diese Gerinnsel waren manchmal so groß, daß sie nicht durch das Lumen der Urethra durchtreten konnten und die Kranke zur Katheterisirung und zur Blasenwaschung Zuflucht nehmen mußte. Nach doppeltem Filtriren wurde der Harn nicht durchsichtig. Beim Aufkochen gerann er, und danach war das Filtrat fast durchsichtig und zeigte nur leichte Opalescenz. Ganz durchsichtig und von gelblicher Farbe wurde der Harn nach Versetzen mit Lauge und Aufschütteln mit Aether und zeigte danach folgende Reactionen: 1. Mit Essigsäure und Eisencyankali gab er leichte Trübung. 2. Mit Salpetersäure gab er ein weißes Sediment. 3. Beim Aufkochen gab er ein Sediment. Auf Grund der angeführten Reactionen schloß man, daß der Harn Eiweiß enthalte. Die Quantität desselben wurde nach Esbach auf $^1/_2$ ‰ bestimmt. Pepton und Zucker wurden nicht gefunden.

Mikroskopische Analyse. Beim Abstehen gab der Harn keine bemerkbare Fettschicht Das Mikroskop zeigte aber in jedem Tropfen manchmal nur die kleinsten molecularen Fettkörnchen, manchmal aber auch große Fetttropfen, welche mit Osmiumsäure und Sudan III die characteristische Reaction zeigen. Die mikroskopische Untersuchung des mittels der Centrifuge erhaltenen Sedimentes zeigte: 1. Plattenepithel der Urethra. 2. Weiße und rote Blutkörperchen; die Zahl der roten Blutkörperchen war immer bedeutend kleiner als die der weißen, manchmal fehlten die roten gänzlich. 3. Fibringerinnsel verschiedener Größe und Form, aus einem mehr oder weniger feinfaserigen Netze bestehend; bei starken Vergrößerungen zeigten die Fasern eine doppelte Contur. 4. Manchmal fand man kleine Quantitäten von oxalsaurem Calcium. Formelemente des Nierengewebes (Cylinder, Nierenepithel) wurden niemals gefunden. Das Harnsediment, gleichmäßig auf Deckgläser verteilt, in einer Mischung von Aether und absolutem Alkohol fixirt und mit Eosin und Methylenblau gefärbt, zeigte, daß die weißen Blutkörperchen in den meisten Fällen einen großen Kern enthielten und von einem engen Protoplasmahof umgeben waren, so daß Blutkörperchen kleine Lymphocyten waren und nicht vielkernige Neutrophilen, wie es in den meisten, Eiter enthaltenden Harnsedimenten vorkommt. In einem der vielen mikroskopischen Präparate von frischem Harnsediment anden sich einige Gebilde, die an Eier eines Bandwurms erinnerten; jedoch

konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ob die gefundenen Eier mit dem Harn ausgeschieden worden waren. Eine bacteriologische Untersuchung des Harns ergab, daß derselbe, frisch gelassen, keinerlei Mikroorganismen enthält.

Damit ist in vorliegender Arbeit die hauptsächlichste Eigentümlichkeit der Krankheit, das Fett im Harn, welches dem letzteren das Aussehen einer Emulsion giebt, erklärt worden. Verf. geht nun auf die Frage ein, mit welcher von den bis jetzt bekannten Formen von Fettausscheidung im Harn man es hier zu thun hat, und gelangt auf Grund eingehender Analyse seines Falles zu dem Schluß, daß derselbe zu der sogenannten wahren Chylurie gerechnet werden muß, d. h. zu dem pathologischen Zustande, bei dem sich der Chylus durch einen lymphatischen Fistelgang an irgend einem Orte der Harnwege dem normalen Harn beimengt. Die Verhältnisse lagen in dem geschilderten Falle so klar, jede andere Ursache konnte mit solcher Sicherheit ausgeschlossen werden, daß Verf. in seiner Beobachtung einen sehr überzeugenden Beweis für die Existenz einer solchen Krankheitsform erblickt, während viele Forscher bekanntlich der Ansicht sind, daß alle Fälle von Chylurie auf einfacher Lipurie beruhen, d. h. durch Filtration des Fettes in den Nieren aus dem Blut herausgeführt werden.

Bezüglich der Frage, welches denn die eigentliche Ursache der Bildung der Fistelgänge bei der Chylurie ist, nimmt Verf. hinsichtlich der europäischen Chylurie an, daß es sich dabei um Hindernisse in den Lymphgefäßen in Form von Tumoren oder peritonealen Adhäsionen handelt. Allerdings konnte von diesen Hindernissen bei der Obduction keines entdeckt werden, und daher kann man sie nur für mehr oder weniger möglich, keineswegs aber für erwiesen halten. Dagegen steht es fest, daß die tropische Chylurie durch Parasiten, und zwar durch Filaria sanguinis hominis und Distoma haematobium bedingt wird. Diese Parasiten entwickeln sich in großer Anzahl in den Lymphgefäßen, verstopfen dieselben und rufen eine Ruptur hervor, wobei sich der Chylus und die Lymphe entweder in die Blase oder in die Ureteren oder in die Nieren ergießen. In letzter Zeit erwies sich, daß auch die europäische Chylurie durch Parasiten hervorgerufen wird.

Was seinen Fall betrifft, so glaubt Verfasser, den in der Gegend des rechten Ureters bestandenen Schmerz dahin deuten zu können, daß in dieser Gegend eine Affection der Lymphgefäße bestand, und zwar eine Erweiterung und Ruptur derselben, aus der sich die Lymphe in den Ureter ergoß.

Die Therapie ist machtlos sowohl gegen die tropische, wie auch gegen die europäische Chylurie. Verf. hat in seinem Fall Terpentinöl dreimal täglich zu 20 Tropfen 14 Tage lang angewandt, jedoch ohne Erfolg. Hierauf verordnete Verf. Acidum gallicum dreimal täglich 0,5 und dann 1,0 dreimal täglich, und schon nach drei Tagen bemerkte die Kranke eine große Veränderung des Harns. Die Tagesportionen des Harns wurden fast ganz durchsichtig, sie waren nur leicht trübe, trotzdem die Kranke sich viel bewegte und guten Appetit hatte; die Fibringerinnsel verschwanden gänzlich. Formelemente waren nur in geringen Quantitäten vorhanden. In diesem

Zustande verließ die Patientin das Krankenhaus, wobei ihr der Rat mit auf den Weg gegeben wurde, mit dem Einnehmen der früheren Quantitäten des Acidum gallicum fortzufahren.

Seine gesamten an dem vorstehenden Falle gemachten Beobachtungen faßt Verf. in folgende Schlußsätze zusammen:

1. Ohne Zweifel existirt die wahre Chylurie, d. h. ein solcher pathologischer Zustand, wo sich der Chylus durch einen lymphatischen Fistelgang an irgend einer Stelle der Harnwege (Nieren, Ureteren, Blase u. s. w.) dem normalen Harn beimengt. 2. Wahrscheinlich ist auch die Existenz einer besonderen Art von Lipurie, bei welcher sich das Fett in die Nieren aus dem Blute filtrirt, wenn das Blut reich an Fett ist (Lipaemia). 3. Die frühere Einteilung der Chylurie in eine tropisch-parasitäre und eine nicht-tropisch-nicht-parasitäre, kann man in unserer Zeit nicht für rationell halten; richtiger ist es, wenn man alle Fälle von Chylurie in parasitäre und nicht-parasitäre einteilt, wobei man als Parasiten die Filaria sanguinis hominis und das Distoma haematobium für die tropische Form und den Eustrongylus gigas, und vielleicht die Taenia nana für die europäische annehmen kann. 4. Eine genaue anatomische Ursache der nicht-parasitären Form der Chylurie hat man bis jetzt noch nicht, da es an einer genügenden Anzahl von Autopsien fehlt. Für wahrscheinlich kann man Tumoren, peritoneale Adhäsionen u. s. w. annehmen. 5. Die Aufgabe des zukünftigen Forschers besteht im Aufsuchen des Parasiten der europäischen Chylurie und der Aufklärung einiger klinischer Symptome, wie z. B. das Fehlen von Zucker in chylösem Harne, des periodischen Auftretens der Chylurieanfälle und der Verschiedenheit der einzelnen Harnportionen im Laufe von 24 Stunden.

Lubowski.

C. Gerhardt: **Blaublindheit bei Schrumpfniere.** (Münchener med. Wochenschrift 1900, No. 1.)

G. berichtet im Anschluß an die Mitteilung von König, der unter 25 Personen, die an Blaublindheit litten, 14 Nierenkranke mit Retinitis albuminurica beobachtet hat, gleichfalls über Blaublindheit bei Schrumpfniere. Ihm sind zwei Fälle bekannt, wo alle Farben außer Blau erkannt wurden. Verf. weist zum Schluß auf die practische Bedeutung A. König's hin.

Loeb (Berlin).

E. Hurry Fenwick (London): **Renal Papillectomy: A Contribution to the Study of Painless Unilateral renal Haematuria in the young Adult.** (The British Medical Journal, 3. Februar 1900.)

Der Ursprung einer Hämorrhagie des Urinaltractus läßt sich seit und dank der Einführung der Cystoskopie leicht diagnosticiren; wir erkennen, ob die Blutung aus der Blase oder der Niere stammt und aus welcher Niere sie statthat. Nur über die Ursache der Haematurie giebt uns auch die

Cystoskopie keinen Aufschluß; Nierensteine, Nierentuberkulose oder Carcinom derselben sind oft als das ursächlichste Moment erkannt, aber es bleibt eine ganze Reihe von Fällen übrig, in denen nichts Krankhaftes gefunden wurde und für welche Namen wie „renale Hämophilie“, „Hämorrhagie aus anatomisch intacten Nieren“, „Hämaturie aus einer gesunden Niere“ und „angioneurotische Nierenblutung“ in der Litteratur niedergelegt sind. Das Studium solcher rätselhaften einseitigen schmerzlosen Nierenblutungen bei jungen Leuten hat Verf. seit vielen Jahren sich angelegen sein lassen. Niemals fand sich Eiter im Urin der beobachteten Fälle; bei Anwesenheit von granulirten Cylindern schien die Blutung durch Medicamente günstig beeinflußt zu werden. In den anderen Fällen war gewöhnlich eine exploratorische Nephrotomie notwendig, bei der nach dem Sectionsschnitt Verf. einen Finger in das Nierenbecken einführte. Trotz der gewöhnlich eintretenden Heilung dieser Fälle konnte Verf. durch dieses Vorgehen keinen Aufschluß über die Ursache der Blutung gewinnen. Deshalb hat er in zwei Fällen diese fehlerhafte operative Technik verlassen; er hat das Nierenbecken direct eröffnet und durch Anwendung directer Beleuchtung (renale Pelvoskopie) dasselbe in jedem Teile genau untersucht. Es zeigte sich, daß in beiden Fällen die Blutung von den Nierenpapillen ausging; eine lebhaft gerötete Papille bot den Anblick einer winzig kleinen villösen Geschwulst, welche bei näherem Aspect als ein Netz erweiterter Gefäße (Varicen des Papillarplexus) gedeutet werden konnte. Wahrscheinlich ist diese Gefäßveränderung auf eine circumscripte interstitielle Nephritis zurückzuführen, durch welche die Circulation in der Grenzschicht der Pyramide gehindert wird und zu Stauungen daselbst Anlaß giebt, in vorgerückteren Fällen beiderseitiger interstitieller Nephritis können vielleicht die Gefäße selbst afficirt sein. Die gefäßreiche Papille läßt sich mit dem scharfen Löffel entfernen und hierdurch die Blutung beseitigen. (Sollte der Name „Papillectomy“ nicht schlecht gewählt sein, da man doch notwendiger Weise bei dem Worte an ein „Ausschneiden“, nicht aber an ein Auskratzen denkt. Ref.) Die Krankengeschichten sind folgende:

Fall I. Bei der 18jährigen Dame bestand seit fünf Jahren eine intermittirende Hämaturie; dieselbe pflegte plötzlich einzusetzen, mehrere Wochen bis Monate anzudauern und plötzlich wieder zu verschwinden Mehrere Aerzte hatten eine hysterische Hämaturie angenommen, weil dieselbe alsbald nach dem Eintritt ins Hospital sistirte. Die Urinanalyse ließ die Ursache nicht erkennen und bei der Cystoskopie konnte Verf., trotzdem vorher und nachher blutiger Urin entleert wurde, ein Functioniren beider Ureteren nicht wahrnehmen. Wegen Schmerzhaftigkeit in der rechten Seite vermutete F. einen Stein der rechten Niere. Bei einer von der Patientin nicht vorausgesehenen, unvermuteten Cystoskopie fand sich die linke Niere als die Quelle der Blutung, und glaubt Verf., daß die Blutung und Nierensecretion unter nervöser Controle stand. Bei der Operation eröffnete Verf. das Nierenbecken in der Hoffnung, vielleicht ein einfaches, solitäres Ulcus der Schleimhaut zu finden, dessen Vorkommen in der Blase er früher (British Medical

Journal 1896, 6. Mai) beschrieben hat Statt dessen zeigte sich der oben beschriebene Befund. Auslöffelung der veränderten Papille. Genesung. Ein sehr leichter Rückfall trat 18 Monate nach der Operation ein.

Fall II betrifft eine 30jährige Dame, bei der eine schwere Blutung seit 14 Tagen bestand Die Cystoskopie wies die linke Niere als Sitz der Blutung nach. Renale Pelviskopie, Papillectomie, Heilung.

Verfasser bezeichnet die Affection, welche trotz der sehr kleinen Quelle eine uncontrollirbare Hämorrhagie bedingen kann, als Angiom einer Papille. Er weist auf den Wert einer nicht erwarteten Cystoskopie hin, da Nierensecretion und Blutung in Folge nervöser Beeinflussung sistiren können. Vielleicht finden in Zukunft rätselhafte, schmerzlose einseitige Nierenblutungen, die bisher eine Ursache nicht erkennen ließen, bei dem vom Verf. angegebenen operativen Vorgehen ihre Erklärung.

Blanck (Potsdam).

VIII. Technisches.

Ramon Guitéras (New-York): **A recto-genital Irrigating Tube.** (Medical Record, 24. Februar 1900.)

Die von Verf. angegebene „recto-genital Irrigating Tube“ ist ein nach dem Princip des Arzberger'schen Instruments construirtes Spülrohr, bestimmt für Erkrankungen der Prostata und Samenblasen, auch für Prostatorrhoe, Spermatorrhoe und atonische Formen der Impotenz. Warmes Wasser (ca. 40° C.), am besten mit wenig Salz oder Flachssamen versetzt, spült aus einer am vorderen Teil des Instrumentes gelegenen Oeffnung direct gegen die kranken Organe und fließt aus zwei seitlich gelegenen Oeffnungen durch ein gesondertes Abflußrohr, so daß der Zufluß kein Hindernis erfährt, alsbald wieder nach außen ab. Eine Abbildung illustrirt die Anwendungsweise des recto-genitalen Irrigators. Blanck (Potsdam).

Barthélemy: **Présentation d'instrument.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 5. Soc. de derm. et de syph., séance du 3. mai 1900.)

Mit Bezug auf den von Balzer demonstrirten Apparat weist B. auf den Heißluftentwickler von Palazzi hin, den er bei der Behandlung von weichen Schankern, Milzbrand- und Ecthymapusteln, sowie varicöser Ulcera cruris verwendet. Der Apparat ist sehr einfach im Gebrauch. Man hat ihn nur mit einer Gasflamme zu verbinden. Das Wasser wird in einem kleinen Kessel erhitzt. Durch Regulirung des Druckes und der Gasflamme hat man die Verdampfung ganz in der Hand. Dreyer (Köln).

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Ueber Niereninsufficienz.

Klinisch-therapeutische Betrachtungen

von

Prof. **Laache**, Christiania.[1])

Correferat, erstattet auf dem XIII. internationalen medicinischen Congresse zu Paris in der Section für innere Pathologie.

Das wichtige Thema, das uns heute beschäftigt, ist klinisch-physiologischer Natur. Analoge Zustände des Herzens (weak heart der Engländer) und des Magens (Atonia ventriculi) sind schon längst beschrieben. Auch bezüglich der Nieren steht es fest, daß einer Erkrankung derselben nicht nur wahrnehmbare anatomische Alterationen, sondern auch rein functionelle Störungen zu Grunde liegen können.

Die Pathologie irgend eines Organs, in weitestem Sinne des Wortes betrachtet, kann natürlich im Allgemeinen als Insufficienz dieses Organs angesehen werden und folglich würden Studien, die sich nur mit dieser Insufficienz beschäftigen, gewisse Vorteile bieten, namentlich dann, wenn es sich um Nierenaffection handelt, deren reine anatomische Definition, wie die von Bartels, keineswegs als eine befriedigende betrachtet werden kann.

Wenn wir, was übrigens auch Niemand thut, die Kenntnisse, welche uns die Anatomie dank den Untersuchungen so hervorragender Forscher wie Morgagni, Frerichs, Gull, Sutton etc. geliefert hat, durchaus nicht aufgeben dürfen, so ist es doch zweifellos, daß die Untersuchungen über die Insufficienz der Nieren, die von Bouchard begonnen und mit so großem Fleiß und so großer Ausdauer von Achard und anderen Autoren fortgesetzt wurden, dazu beigetragen haben, daß wir jetzt einen viel klareren und tieferen Einblick in die Pathologie der Nieren haben als zuvor.

---

[1]) Vom Autor der Redaction in französischer Sprache zugegangen.

Wenn ich mir meinerseits erlaube, die Aufmerksamkeit auf einige pathologisch-therapeutische Punkte dieser Frage zu lenken, so glaube ich, im Voraus bemerken zu müssen, daß von der Möglichkeit, zwischen den durch wahrnehmbare anatomische Alterationen bedingten Krankheitserscheinungen und denjenigen rein functioneller Natur eine Grenze zu ziehen, nur mit Vorbehalt gesprochen werden kann.

In der That, wenn eine Niereninsufficienz besteht, so ist es durchaus nicht gesagt, daß sich dieselbe sofort erkennbar machen müsse; vielmehr kann hier, ebenso wie bei chronischen Metallvergiftungen, eine längere Zeit vergehen, bevor sich der Krankheitszustand durch irgend welche Erscheinungen manifestirt. Ist dieser Punkt erreicht, so zeigt der Harn sowohl quantitative, wie auch qualitative Veränderungen, die Diurese verringert sich und es kann, wenn auch selten, zur vollständigen Anurie kommen. Die specifisch-toxische Substanz ist uns noch unbekannt und die Verringerung der zur Ausscheidung gelangenden Harnstoffmenge wird derjenige Punkt sein, auf den wir unsere Aufmerksamkeit zunächst werden lenken müssen: ein permanentes Deficit in der Ausscheidung des Harnstoffes besteht längere Zeit vor dem Ausbruch gefahrdrohender Erscheinungen. Ein weiteres, sehr wichtiges Symptom ist zweifellos die Albuminurie. Wer weiß, ob nicht die „cyklische“, die sog. physiologische Form der Albuminurie in Wirklichkeit der Ausdruck einer gewissen Insufficienz ist, da sie doch häufig verschwindet, wenn das betreffende Individuum seine vollständige körperliche Entwicklung erreicht hat.

Das Sinken der Diurese verursacht Hydrämie nebst Hydropsien, wobei diese letzteren in der verschiedensten Intensität, vom localen Oedem bis zur allgemeinen Anasarca auftreten können. Wenn aber in zweifellosen Fällen von Niereninsufficienz Oedeme fehlen, so liegt die Ursache, wie Sie wissen, im Herzen, das gegenwärtig allgemein als der wichtigste regulatorische Apparat betrachtet wird. Da nun die Hypertrophie des linken Herzventrikels, wie dies aus der klassischen Theorie Traube's hervorgeht, Hand in Hand mit der zunehmenden Insufficienz der Nieren geht, so kann der Krankheitszustand, d. h. die Niereninsufficienz, viele Jahre hindurch latent verlaufen und event. erst am Sectionstische entdeckt werden. Allerdings hat diese segensreiche Intervention des Herzmuskels auch seine Schattenseite: Der Fortbestand des Organismus hängt ganz und gar von der Leistungsfähigkeit dieses Muskels ab, und sobald diese Leistungsfähigkeit nachzulassen beginnt, ist die Katastrophe unvermeidlich.

Ich kann bei dieser Gelegenheit nicht umhin, etwas ausführlicher auf die Art der vorerwähnten Compensation einzugehen, besonders auf

diejenige, die sich bei einseitiger Nierenerkrankung entwickelt und darin besteht, daß die andere, nicht erkrankte, Niere hypertrophirt und die Function des erkrankten Schwesterorgans übernimmt. Die compensatorische Vergrößerung der Glomeruli läßt sich hier durch die mikroskopische Untersuchung direct feststellen.

In fortgeschrittenen Fällen von Niereninsufficienz bestehen sehr häufig Erscheinungen von Dyspepsie, Störungen von Seiten der Atmungsorgane, sowie von Seiten des Nervensystems, bezw. der Sinnesorgane. Zwischen dieser Insufficienz und vollständiger Urämie bezw. schwerem Brightismus bestehen nur Gradunterschiede eines und desselben Krankheitsprocesses.

Um der Gefahr, die dem Organismus von Seiten einer etwaigen Niereninsufficienz droht, rechtzeitig vorbeugen zu können, kommt es hauptsächlich darauf an, die Insufficienz rechtzeitig zu erkennen. Die rechtzeitige Diagnose einer etwaigen Niereninsufficienz ist in erster Linie für den practischen Arzt von großer Wichtigkeit, der täglich Medicamente verordnet, die zu ihrer Ausscheidung intacte Nieren erfordern; sie ist die heimtückischste Klippe, von deren erfolgreicher Ueberschreitung die allgemeine Prognose, d. h. die Prognose quoad vitam abhängt; sie ist ebenso wichtig für den Geburtshelfer wie für den Chirurgen, und von den Chirurgen ist keiner für die Wichtigkeit der rechtzeitigen Diagnose der Niereninsufficienz so beharrlich eingetreten wie seiner Zeit Verneuil.

Von besonders großer Bedeutung ist die rechtzeitige Diagnose einer etwa bestehenden Niereninsufficienz in den Fällen, in denen man die Exstirpation der einen Niere in Erwägung zieht. Hier ist die Frage der Integrität der anderen Niere für die hinsichtlich der Operation zu treffende Erscheinung ausschlaggebend, denn die bleibende Niere würde die gesamte Function zu übernehmen haben; man würde sich in Folge dessen zur Exstirpation einer Niere nur dann entschließen dürfen, wenn man sich von der Functionsfähigkeit der anderen Niere würde überzeugt haben. Kümmell urteilt über die Functionsfähigkeit der Niere nach der Harnstoffausscheidung und stellt das Sinken derselben bis auf 16 g täglich als eine absolute Contraindication der Nierenexstirpation dar.

Die Symptomatologie des „petit Brightisme“ von Dieulafoy ist von großer Wichtigkeit; es wäre jedoch erwünscht, daß man die Diagnose in einem weniger fortgeschrittenen Stadium der Krankheit stellen könnte, und die Untersuchungen von Achard und Castaigne sind es, die uns den Weg zur Erreichung dieses Zieles gezeigt haben. v. Korányi und nach ihm viele andere Autoren haben durch Studium

des Gefrierpunktes des Blutes die uns interessirende Frage in neue Bahnen gebracht.

Mit Hilfe des künstlich zu erzeugenden „Phloridzindiabetes“ ist es nach den Angaben von Casper und Richter möglich, in Fällen von einseitiger Nierenerkrankung eine Ausscheidungsdifferenz festzustellen, welche ihrerseits die Stellung einer Specialdiagnose ermöglicht.

Bei der Therapie ist das Hauptaugenmerk auf die Prophylaxis zu richten. Diejenigen, welche den Stein der Philosophen in Form eines Mittels zur Verlängerung des menschlichen Lebens suchen, müssen in erster Linie an eine Hygiene der Nieren denken; denn nirgends machen sich Verstöße gegen das rationelle Verhalten so bestraft wie gerade hier. Die internationale Bewegung zur Bekämpfung des Alkoholismus wird, wie wir hoffen, sicherlich ihre Früchte tragen. In Anbetracht der wichtigen Rolle, welche die Arteriosclerose in der Aetiologie der Nierenkrankheiten spielt, läßt sich der Aphorismus von Cazalis: „Jeder hat sein Arterienalter“ hier vortrefflich anwenden.

Leider besitzen wir kein specifisches Mittel. Die Organotherapie hat uns auf diesem Gebiete bis jetzt auch noch nichts gegeben. Unsere Intervention wird sich in Folge dessen auf Erfüllung folgender zwei Aufgaben beschränken müssen: dem insufficienten Organ seine Energie wiederzugeben, dasselbe vor allem zu schonen und in Fällen von Impermeabilität für Elimination der pathologischen Producte aus den Harncanälchen zu sorgen. In Befolgung dieser Principien verordnet man Bettruhe, Milchdiät, Pflanzennahrung, Durchspülungen des Gesamtorganismus, besonders der Nieren, durch Trinken größerer Wasserquantitäten oder, wenn nötig, durch subcutane Injection von künstlichem Serum: alle diese Maßnahmen sind mehr oder minder wirksam. Der unmittelbare Effect der subcutanen Injection von künstlichem Serum tritt besonders deutlich bei Cholera asiatica zu Tage, bei der es durch diese Injection gelingt, die bereits erloschene Diurese wieder in Gang zu bringen, wenn auch diese Wirkung, wie man zugeben muß, häufig eine nur vorübergehende ist.

Bei bestehender Polyurie kommen die vorerwähnten Principien seltener in Betracht; an deren Stelle treten, wie es z. B. bei v. Noorden der Fall ist, diametral entgegengesetzte Ansichten, die sich den von Oertel aufgestellten Principien der Behandlung der Krankheiten des Circulationsapparates nähern.

Da der Zustand des Herzens der Hauptpunkt ist, von dem in den meisten Fällen von Niereninsufficienz die Existenz des Kranken abhängt, so muß man alle tonisirenden Mittel im weitesten Sinne des Wortes anwenden, und zwar unter Berücksichtigung des Klimas, der Er-

nährung etc. Selbstverständlich wird hier die Digitalis in der bekannten Anwendungsweise von guter Wirkung sein.

Milde hydrotherapeutische Maßnahmen werden da dank ihrer Wirkung auf die Haut gleichfalls gute Resultate geben.

Die Therapie der acuten Insufficienz ist in ihren Hauptpunkten mit der Behandlung der Urämie identisch.

Zum Schluß möchte ich noch mit einigen Worten die Frage der Blutentziehung berühren, die, mag sie eine örtliche oder allgemeine (Aderlaß) sein, ein Mittel darstellt, das in Frankreich schon eine lange Geschichte hinter sich hat. Wenn man die Blutentziehung in Combination mit Injectionen von künstlichem Blutserum anwendet, so wird das Princip der Durchspülung die regulatorische Wirkung vervollständigen, welche die Blutentziehung auf die Circulation ausübt, und unter der Gesamtwirkung der beiden Maßnahmen werden die kranken Nieren in geeigneten Fällen die Permeabilität und Sufficienz wieder erlangen.

Aus Prof. L. Landau's Frauenklinik, Berlin.

Ureter-Doppelbildung und Ligatur in der Blase in cystoskopisch-photographischer Darstellung.

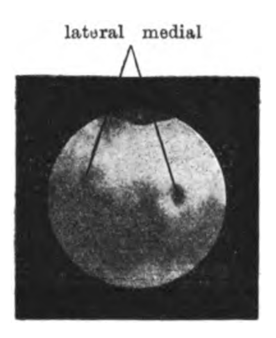
Von

Dr. Leopold Thumim, Assistent der Klinik.

Bei der Fülle der Litteratur über Uretermißbildungen kann es nicht in meiner Absicht liegen, die hierher gehörige Casuistik um einzelne Fälle zu bereichern. Im Speciellen sind über Doppelbildung von Ureteren nicht nur sehr zahlreiche Befunde an der Leiche, sondern auch — besonders bei abnormen Ausmündungen überzähliger Ureteren — viele klinische Beobachtungen an Lebenden veröffentlicht.

Ein neuer Gesichtspunkt, nämlich der der cystoskopischen Betrachtung derartiger Mißbildungen und der Reproduction derselben durch die Photographie, veranlaßt mich, über einen hierher gehörigen Fall in Kürze zu berichten. Derselbe hat für den Cystoskopiker auch insofern noch Interesse, als es sich bei der am 15. November 1897 in die Klinik meines verehrten Chefs Prof. Landau aufgenommenen Frau B. K. um einen complicirten Beckenabsceß handelte, der bereits in die Blase durchgebrochen war. Cystoskopisch ließ sich damals die Perforationsöffnung am Blasenscheitel rechts demonstriren und man sah Eiter durch dieselbe in die Blase in zähem, langsam fließenden Strahl eintreten. Die Patientin wurde am 20. November 1897 von Dr. Th. Landau operirt (vaginale Radicaloperation) und konnte schon am 13. December genesen entlassen werden. Wenn schon die klinische Beobachtung, daß der vorher stets mit dickem Eiter vermischte Urin sich nach der Operation allmählich aufhellte, um schließlich ganz klar und von jeder Eiterbeimengung frei zu werden, den sicheren Schluß gestattete, daß

die Entfernung der Abscesse zur Spontanheilung der Blasenperforation geführt hatte, so konnte das die später vorgenommene cystoskopische Untersuchung nur bestätigen. Jetzt — $2^1/_2$ Jahre post operat. — läßt sich cystoskopisch auch nicht einmal mehr eine Narbe oder irgend welche Einziehung als Residuum der damaligen Perforation feststellen. Die Patientin, welche übrigens aus einer zur Zeit der Operation abgemagerten, schwachen, blassen und elend aussehenden inzwischen eine blühende und sich der besten Gesundheit und Arbeitsfähigkeit erfreuende Frau geworden ist, bietet vielmehr jetzt nur einen cystoskopisch interessanten Nebenbefund. Während man linkerseits eine auffallend große, schlitzförmige Uretermündung sieht, findet sich rechts eine Verdoppelung der Uretermündung. Da meines Wissens bisher eine derartige cystoskopische Beobachtung im photographischen Bilde noch nicht festgehalten ist, so habe ich das mit Hilfe eines mir von der Firma L. & H. Löwenstein freundlichst zur Verfügung gestellten Photographier-Cystoskopes gethan. Man sieht auf der wohlgelungenen



Photographie deutlich die beiden Ureteröffnungen annähernd in einer Horizontalen einige Millimeter von einander entfernt. Was auf der Photographie vermöge der tiefen Schattenbildung in der Umgebung nicht so plastisch als im cystoskopischen Bilde zum Ausdruck kommt, ist die ziemlich symmetrische Lage der beiden Oeffnungen seitlich auf der Höhe eines gemeinsamen Ureterwulstes. Da die Verdoppelung der Mündung keinen Schluß auf die sonstige Beschaffenheit des Ureters zuläßt, habe ich versucht, durch Katheterismus die Frage zu lösen. Während der Katheter durch die medial gelegene Oeffnung mit Leichtigkeit bis zum Nierenbecken vorgeschoben werden konnte, war dies trotz mehrfacher wiederholter Versuche bei der lateral gelegenen Mündung unmöglich; jedesmal knickte der Katheter, nachdem er auf eine Strecke von ca. 2—3 cm ohne Widerstand vorgeschoben war, ab und ein weiteres Vordringen war unmöglich. Sowohl aus der links-

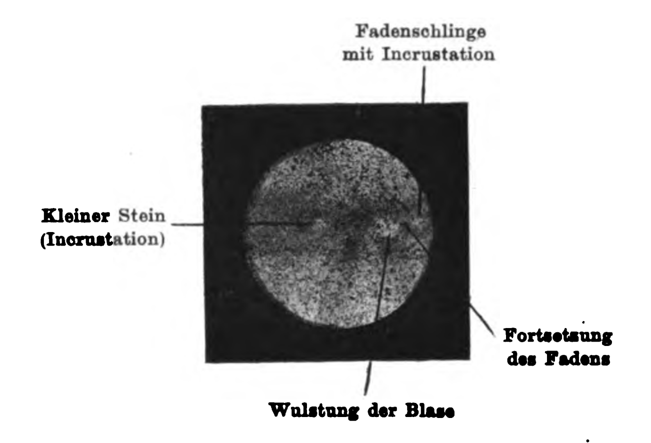
seitigen einfachen, wie aus den beiden rechtsseitigen Uretermündungen sieht man periodisch den Urin im Wirbel herausspritzen. Aller Wahrscheinlichkeit nach handelt es sich nach diesem Ergebnis des Katheterismus nicht um eine totale Verdoppelung des rechten Ureters, sondern nur um eine dichotomische Verzweigung desselben etwa 2—3 cm vor dem Eintritt in die Blase, cystoskopisch als Verdoppelung der Mündung sichtbar.

Die „Duplicität der Fälle“ hat mir eine zweite, fast identische Beobachtung zugeführt. Frau R., 32 Jahre alt, kam zu mir mit Klagen über Kreuzschmerzen, häufigen Urindrang und Schmerzen bei der Miction. Die cystoskopische Untersuchung ergab außer den Zeichen geringen chronischen Blasencatarrhs als interessanten Nebenbefund wiederum auf der rechten Seite eine Verdoppelung der Uretermündung, links einen einfachen Ureter. Nur steht hier die laterale schlitzförmige Oeffnung etwas höher als die kleinere halbmondförmige, mehr medial gelegene zweite Oeffnung, und hier ist es die laterale Mündung, die dem Katheter das Vordringen bis zum Nierenbecken gestattet, während er durch die mediale Oeffnung nur bis auf 2 cm vorzuschieben ist. Also bis auf kleine Unterschiede wiederum derselbe Befund wie im ersten Falle, was mich auch veranlaßt hat, von der photographischen Reproduction dieses Falles Abstand zu nehmen.

Dagegen erscheint mir die photographische Darstellung eines Falles von Ligatur in der Blase beachtenswert.

Bei der 54jährigen Frau H. entfernte mein Chef, Prof. Landau, am 20. September 1898 mittels abdominaler Radicaloperation neben einem mit Fibroiden durchsetzten Uterus eine Dermoidcyste von einer Größenentwicklung, wie sie bei der heutzutage so sehr entwickelten operativen Seite der Gynäkologie nur noch ausnahmsweise zur Beobachtung gelangt; die Geschwulst stieg aus dem kleinen Becken empor, trieb den Leib faßförmig auf und reichte bis zum Processus xiphoides, wobei sie noch beiderseits die Hypochondria ausfüllte. Der Tumor war schon 25 Jahre vorher diagnosticirt worden; erst sehr heftige Beschwerden bei starkem Wachstum des Tumors und ein sehr deletärer Einfluß auf den Allgemeinzustand der Dame waren im Stande, sie zur Operation zu bewegen. Abgesehen von einer intraligamentären Entwicklung der Geschwulst und von sonstigen technischen Schwierigkeiten bei der Operation in Folge von complicirenden pelviperitonitischen Processen und zahlreichen Darm- und Netzadhäsionen bestand zwischen der Wand des Tumors und dem gänzlich dislocirten Scheitel der Blase eine so innige und untrennbare Verwachsung, daß sich der Operateur zu einer Resection der Blasenkuppe verstehen mußte. Der Blasendefect

wurde mit Catgutnähten geschlossen, darüber wurde noch Peritoneum unter Heranziehung von Gewebe und Peritonealflächen der Umgebung mit dünnsten Seidenknopfnähten vereinigt; das Cavum Retzii wurde bei Schluß der Bauchhöhle nach außen drainirt, der Drain jedoch schon am dritten Tage entfernt. Der Erfolg der Operation war ein sehr günstiger; die Patientin erholte sich sehr rasch, die Blase blieb continent und am 23. Tage post operat. wurde die Patientin genesen entlassen. Einige Wochen später jedoch stellten sich heftige Blasenbeschwerden ein, häufiger Urindrang, krampfartige Schmerzen nach der Urinentleerung, trüber, mit eitrigen Flocken durchsetzter Urin. Die cystoskopische Untersuchung klärte den Sachverhalt auf; es handelte sich um eine in die Blase eingewanderte Ligatur. Neben geringen cystitischen Veränderungen fand sich nämlich links im Blasenscheitel



eine Falte der Blasenwand wulstartig hervorragend, in der Mitte mit einem knopfartigen Vorsprung. Nach links von diesem Vorsprung sah man im cystoskopischen Bilde einen kleinen grau-weißlichen Stein von etwa Linsengröße der Blasenwand dicht aufsitzend, nach rechts zwei Fadenschlingen, die schwarz gefärbt mit ihren freien Enden in die Blase hineinragten. Besser als die Beschreibung giebt diesen Befund obenstehende Photographie wieder, welche ich gemeinsam mit Herrn Doc. Dr. Casper am 28. Januar 1899 aufnahm.

In derselben Sitzung haben wir dann mittels eines Operationscystoskops durch Zug die Ligatur aus der Blase entfernt, wobei der kleine Stein, der natürlich nichts anderes als eine Incrustation der Fadenschlinge darstellte, zerstört und in griesartigen Partikeln durch Ausspülung mitentfernt wurde. Die chemisch-mikroskopische Unter-

suchung dieser Partikelchen ergab auf Zusatz von starker Salpetersäure Einschmelzung unter Bläschenbildung, Alkalizusatz war ohne wesentliche Wirkung. Nach dem Schmelzen blieb ein granulirtes, gelbbraunes, scholliges Gerüst zurück: altes Blut. Es handelte sich sonach wahrscheinlich um Incrustation mit kohlensaurem Kalk oder Magnesia.

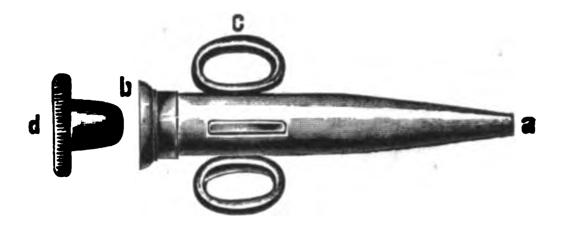
Einige Tage später, am 2. Februar 1899, brachte mir Frau H. noch einen Faden mit, der im ersten Urin post operat. abgegangen war, und ich habe über den damaligen cystoskopischen Befund folgende Aufzeichnung: „Man sieht einen schwarz gefärbten Faden lose in der Blase über die linke Ureteröffnung hinziehend. Die Stelle, wo die incrustirte Fadenschlinge saß, ist jetzt frei, nur mit gelbem Schleim bedeckt. Links davon eine kleine Suffusion." Nachdem schließlich noch einmal im März 1899 ein kleines Fadenstück und kleine Incrustationspartikelchen spontan mit dem Urin entleert worden waren, bestand eine entzündliche Reizung der Blase noch durch mehrere Monate. Unter entsprechender Behandlung kam es schließlich zur völligen Heilung und man kann jetzt auch cystoskopisch nicht die geringste Veränderung der Blase mehr nachweisen.

Ueber eine neue Befestigungsart von Verweilkathetern.

Von

Dr. **Eugen Warschauer**, Berlin.

Wer die große therapeutische Wirkung der Verweilkatheter kennt, wird es als Uebelstand herausgefunden haben, daß die Art der Festlegung mancherlei Uebelstände im Gefolge hatte. Es kommt hauptsächlich doch darauf an, außen am Orificium einen festen Punkt zu erhalten, der verhindert, daß der Katheter durch Pressen oder Contractionen der Blase in die Pars posterior hineingleitet, wodurch der therapeutische Wert aufgehoben und obendrein noch starker Schmerz



ausgelöst wird. Die Art der Befestigung mit Heftpflasterstreifen oder Fäden an den Kathetern selbst hat eben den Nachteil, daß diese durch den danebenfließenden Urin durchtränkt und gelockert wird.

Ich habe nun einen kleinen Ansatz nach Art des Pavillons der Metallkatheter construiren lassen, der, wie ich glaube, den Anforderungen entspricht. Dieser Ansatz hat sich auf der Klinik meines hochverehrten Chefs, des Herrn Privatdocenten Dr. Casper, gut bewährt. Noch ein Vorteil dieser Festlegung liegt darin, daß dieselbe schnell, ohne Assistenz hergestellt werden kann; sie verbindet eben den Vorzug von Metall- und die Gefahrlosigkeit von weichen Kathetern.

Das Ansatzstück, ca. 5 cm lang, vorn conisch zulaufend, wird aus Nickel hergestellt, an der breiteren Oeffnung, die entweder durch einen Metallstopfen verschlossen oder mit einem Gummischlauch versehen werden kann, sind vier Metallringe befestigt.

Nach Einführung des Katheters in die Blase wird derselbe am Orificium kurz abgeschnitten, *a* wird in das Lumen des Katheters eingeführt, die durch die Ringe *c* gezogenen vier Bänder mit einem breiten Heftpflasterstreifen am Penis befestigt, Oeffnung *b* wird entweder mit dem Metallstopfen *d* versehen oder an derselben ein Gummischlauch zum Ableiten des Urins angebracht.

Die Ansatzstücke werden von der Firma Wilhelm Tasch, Berlin, Oranienburgerstr. 27, hergestellt.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Prof. M. Sänger und Prof. O. von Herff: **Encyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie.** (F. C. W. Vogel, Leipzig 1900.)

Die neue Encyklopädie, die von den bewährtesten Kräften bearbeitet und herausgegeben wird, dürfte sich, nach den ersten zur Ausgabe gelangten vier Lieferungen zu urteilen, den bereits existirenden erstklassigen Encyklopädien würdig anreihen. Sie erscheint in Groß-Lexikonformat, hat alphabetische Anordnung der einzelnen Artikel und scheint nicht nur die Geburtshilfe und Gynäkologie im engeren Sinne des Wortes, sondern auch alles das berücksichtigen zu wollen, was auch nur einigermaßen für den Geburtshelfer bezw. Gynäkologen von Interesse sein könnte. So finden wir auf der ersten Seite als die ersten zwei Artikel des Werkes zwei kurze Schilderungen der Badeorte Aachen und Abbazia, in denen die Bedeutung dieser Badeorte bei verschiedenen Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates besonders berücksichtigt wird.

In der vierten Lieferung finden wir eine Anzahl Artikel, die auch den Urologen interessiren dürften; sie behandeln in übersichtlicher Anordnung den gegenwärtigen Stand der Pathologie und Therapie der verschiedensten Blasenaffectionen. Auch über den Katheterismus der Harnröhre wird in einer der nächsten Lieferungen abgehandelt; der betreffende Artikel wird unter dem Buchstaben K zu finden sein. Casper.

Dr. Otto Kalischer: **Die Urogenitalmusculatur des Dammes mit besonderer Berücksichtigung des Harnblasen-Verschlusses.** (S. Karger, Berlin 1900.)

Verf. hat im Jahre 1895 auf Anregung von Prof. Waldeyer im anatomischen Institute in Berlin eine Arbeit begonnen, deren nunmehr vorliegendes Ergebnis als der wertvollste Beitrag zur Klarlegung der feineren Anatomie des Blasenverschlusses angesehen werden kann. Ueber das ursprüngliche Ziel etwas hinausgehend, hat Verf. auch die angrenzenden Gebiete der Dammmusculatur berücksichtigt. Er hat zum Studium der ebenso wichtigen wie schwierigen Fragen ein Verfahren verwendet, wie es bis jetzt bei diesem Gegenstande noch nicht in der Weise systematisch und vollständig durchgeführt wurde. Er hat nämlich in den verschiedenen Ebenen des Beckens Schnittreihen hergestellt und dieselben einer mikroskopischen Untersuchung unterzogen. Die histologischen Präparate sind photographirt und mit Hilfe des Lichtdruckverfahrens reproducirt worden. Die auf diese Weise gewonnenen Abbildungen (im Ganzen 68 an der Zahl und auf 33 Tafeln angeordnet) sind von außerordentlicher Deutlichkeit und Schönheit. Sie gewähren die Möglichkeit, sich selbst ein Bild von dem complicirten Muskelverlaufe zu machen.

Der stattliche, ca. 200 Seiten umfassende Band, der von dem immensen Fleiß des Verfassers Zeugnis ablegt, zerfällt in folgende drei Hauptabschnitte: 1. die quergestreifte Musculatur der Harnröhre beim Manne mit den Unterabteilungen a) quergestreifte Musculatur beim männlichen Kinde und b) quergestreifte Musculatur beim erwachsenen Manne; 2. die quergestreifte Musculatur der weiblichen Harnröhre mit den gleichlautenden Unterabteilungen und 3. die glatte Musculatur der Harnröhre beim Manne und Weibe. Casper.

Dr. Görl (Nürnberg): **Zur Diagnose der Harnerkrankungen.** (Klin.-therap. Wochenschr. 1900, No. 21, 22 und 23.)

Die neueren Untersuchungsmethoden, die Cystoskopie und der Ureterkatheterismus, vermögen durchaus nicht, die früheren zu ersetzen, schon aus dem Grunde, weil sie nur in besonderen Fällen angewendet werden können. Jedoch wird es in den meisten Fällen mit Hilfe einer genauen Anamnese in Verbindung mit genauer allgemeiner Untersuchung dem Practiker gelingen, die Diagnose wenigstens so weit zu stellen, daß damit auch die Indicationen für weitere Eingriffe gegeben sind. Von den fünf bei der Diagnose der Harnerkrankungen zu berücksichtigenden Symptomen — Schmerz, Blut, Trübung des Urins, Veränderung der Häufigkeit der Harnentleerung und des Harnstrahles — ist es, abgesehen von der acuten Reaction, am häufigsten der Schmerz, welcher den Patienten zum Arzte führt, in zweiter Linie die Veränderung des Aussehens des Urins. Für die Diagnose verwertbar ist am besten die Beimischung von Blut (resp. Trübung des Urins), dann die Veränderung der Häufigkeit des Harnens;

weniger gut der Schmerz. Verhältnismäßig leicht zu deuten ist meist die Veränderung des Harnstrahles.

Kommt der Patient mit einem blutig gefärbten Urin in Behandlung, dann ist vor Allem festzustellen, ob man es wirklich mit Blut zu thun hat, d. h. es ist vor Allem eine Hämoglobinurie auszuschließen. Dieselbe ist leicht auch ohne mikroskopische Untersuchung zu erkennen, wenn man es mit einer typischen paroxysmalen Hämoglobinurie zu thun hat. Manchmal nimmt eine Hämoglobinurie den Typus einer symptomlosen Hämaturie an, wie man es meist bei gutartigen Blasentumoren findet. Hat das Mikroskop die Anwesenheit von roten Blutzellen ergeben, so giebt gleichzeitig das Aussehen derselben einigermaßen Aufschluß über die Quelle der Blutung Je höher oben der Sitz der Blutung ist, desto mehr sind die roten Blutzellen ausgelaugt. Voraussetzung dabei ist, daß keinerlei Behinderung der Harnentleerung vorhanden ist, und daß der Urin sofort nach der Entleerung untersucht wird. Je heller, d h. arterieller die Blutung, desto näher liegt ihr Ursprung der Harnröhre, zumal die Blutung verhältnismäßig schwach ist. Carcinome und Sarcome der Niere bluten freilich manchmal so stark, daß fast reines arterielles Blut entleert wird. Auch bei acuter Nephritis findet man oft hellrote Blutung, jedoch ist hierbei stets eine enorme Menge Eiweiß zu finden, die in keinem Verhältnis zur Blutung steht. Der umgekehrte Satz: je dunkler das Blut, desto weiter von der Harnröhre entfernt ist der Sitz der Blutung, ist nicht richtig, da langsame Blutungen besonders bei infiltrirenden Blasencarcinomen dem Urin stark dunkle Färbung geben. Flüssiges Blut beim Anfange des Urinirens kommt aus der Prostata, reines Blut am Schlusse aus der Blase oder der Prostata. Einen weiteren Anhaltspunkt über den Sitz der Blutung giebt auch die Form der Gerinnsel; lange, dünne Gerinnsel sind immer ein Zeichen einer Nierenblutung; sie werden im Ureter gebildet, geben manchmal Anlaß zu Verstopfung desselben und führen so zu einem fast momentanen Stillstande der Nierenblutung. Dicke, klumpige Gerinnsel bilden sich zumeist bei Blasenblutungen, jedoch finden sie sich auch bei copiösen Nierenblutungen in Folge Carcinoms der Niere oder Schrumpfniere, bei copiösen Nierenblutungen in Folge Carcinoms der Niere oder Schrumpfniere, sie sind also nicht völlig eindeutig.

Ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel sowohl bei starken Eiterungen als auch Blutungen ist die Blasenspülung mit Borsäurelösung Fließt schon nach Verbrauch von 200—300 ccm Spülflüssigkeit diese rein ab, dann stammt die abnorme Beimengung des Urins aus der Niere. Ist die Blase Sitz der Erkrankung, so wird die Spülflüssigkeit nur ganz allmählich heller, und es ist der letzte Teil der Borsäurelösung gegen den Schluß der Blasenentleerung etwas stärker getrübt als am Anfange, was besonders characteristisch bei Blutungen sich zeigt, indem hier die letzten Tropfen manchmal rein blutig sind. Liegt eine Blasengeschwulst mit langen Zotten vor, so wird der aus dem Auge des Katheters austretende Strahl manchmal plötzlich unterbrochen, indem sich eine Zotte in das Katheterauge legt In diesem Falle kann man

durch energisches Ziehen mit der Spritze sogar Zotten mit entfernen, was Verf. schon einige Male gelang. Die Blutung steht danach meist rasch. Sedimentirt blutig gefärbter Urin innerhalb einiger Stunden nicht, so stammt die Blutung aus der Niere, wie man es besonders bei Steigerung einer chronischen Nephritis beobachten kann. Bei Eiterungen, die aus der Niere oder dem Nierenbecken stammen. tritt im Gegenteil eine sehr rasche Sedimentirung ein. Die Beimengung von Geschwulstteilen kommt nur bei Blasengeschwülsten vor. Blutcylinder lassen selbstverständlich einen genauen Schluß auf den Sitz der Blutung zu.

Gleich wichtig wie die Quelle ist die Ursache der Blutung. Diese besteht entweder in einer directen oder indirecten Verletzung, beruht auf der Einwirkung von Speisen oder Medicamenten oder ist die Folge einer Erkrankung der Harnorgane. Erkrankungen der Harnorgane geben am häufigsten Anlaß zur Hämaturie, von der Verf. zwei Formen unterscheidet: eine symptomlose und eine solche mit Symptomen.

Die symptomlose Hämaturie kann ihre Ursache in einer Erkrankung der Nieren oder der Blase haben. Von ersterer kommen vor Allem das Nierencarcinom, Herzerkrankung, Nierensyphilis und Schrumpfniere in Betracht. Die Blutung bei Nierencarcinomen ist, wenn vorhanden, meist beängstigend stark und langandauernd. Sie wird durch Ruhe nicht beeinflußt. Meist ist ein Tumor schon zu fühlen, der die Diagnose erleichtert. jedoch muß berücksichtigt werden, daß die Hämaturie bei Nierencarcinomen sich auch schon sehr bald einstellen kann, und andererseits große Nierencarcinome auch ohne jegliche Veränderung des Urins sich entwickeln können. Es kommt eben auf den Sitz des Carcinoms an. Bricht das Carcinom sehr bald in das Nierenbecken durch, so treten sehr frühzeitig Blutungen auf, während in anderen Fällen, in denen die Neubildung im oberen oder unteren Pol der Niere sich bildet, jegliche Blutung oder überhaupt irgend eine Veränderung des Urins fehlen kann. Die Hämaturie bei Herzerkrankungen ist meist ein Ereignis, das sofort die richtige Erklärung findet, da das verursachende Leiden fast immer schon Jahre lang vorher diagnosticirt wurde. Daß bei Schrumpfniere starke Hämaturie auftreten kann, ist immer noch nicht genügend bekannt. Bei Blutungen aus der Blase ohne weitere Symptome liegt meist ein gut- oder bösartiger Tumor der hinteren oder oberen Blasenwandung vor. Das Blut ist innig mit dem Urin gemischt, jedoch ist manchmal bei der Dreigläserprobe der letzte Urin fast rein blutig. Die gutartigen Tumoren haben keinen bestimmten Typus; die Blutungen können bald häufiger auftreten, bald auch wieder Jahre lang aussetzen. Ruhe ist ohne Einfluß sowohl auf die Stärke, als auf den Eintritt der Blutung. In manchen Fällen geben sogar die Patienten an, daß durch Bewegung die Blutung vermindert, durch Bettwärme erhöht wird. Beim langgestielten, mit Zotten versehenen Carcinom sind die Blutungen häufig, während sie beim indurirenden Blasencarcinom sehr selten sind oder gänzlich fehlen. Häufiger noch fehlt beim indurirenden Blasencarcinom jegliche Blutung. Vielmehr ist das erste Zeichen der Erkrankung nur vermehrter

Harndrang mit Schmerzen über der Symphyse. Die Rectaluntersuchung ergiebt in derartigen Fällen fast immer die characteristische Härte der Blasenwandung und klärt zugleich besser über die Ausdehnung des Carcinoms auf als die Cystoskopie, die zudem meist bei der geringen Capacität der Blase unmöglich ist. Zu dieser Categorie von Hämaturiekranken ohne Symptome gehört auch eine gewisse Klasse von Steinkranken: es sind das Prostatiker mit mäßig großem Stein.

Bei der Hämaturie mit Symptomen treten solche von Seite der Niere und der Blase, bei ersterer hauptsächlich in Form des Schmerzes, bei letzterer zugleich mit Veränderung der Harnentleerung verbunden auf. Die Localisation des Schmerzes ist bei Harnerkrankungen nur mit Vorsicht zu verwerten, da stets daran gedacht werden muß, daß auch ein Reflexschmerz vorliegen kann. Bei der Niere wird freilich in seltenen Fällen der Schmerz nicht in der kranken, sondern in der gesunden Niere gefühlt. Häufiger schon ist der Schmerz in der Niere verhältnismäßig gering, während der reflectorisch erzeugte Schmerz in der Blase ein ganz intensiver ist und eine Blasenerkrankung vermuten läßt. Von der Niere erzeugte Schmerzen können auch in die Schulter, sowie sehr häufig in die Waden und Oberschenkel ausstrahlen. Bei Erkrankung der Blase wird in manchen Fällen der Schmerz nicht in dieser, sondern in der Niere gefühlt, wohl aber nur bei einer Obstruction des Ureters. Häufig ist eine Uebertragung des Schmerzgefühles auf das Os sacrum. Hämaturie mit Symptomen von Seiten der Niere stellt sich bei acuter Nephritis in Folge der plötzlichen Spannung der Nierenkapsel ein, ferner im späteren Stadium des Nierencarcinoms, wenn meist die Diagnose schon aus anderen Erscheinungen längst gestellt ist, am häufigsten bei Nierenstein und Nierentuberculose. In seltenen Fällen wird Erkrankung der Niere durch eine solche der Blase vorgetäuscht. Den häufigsten Anlaß zu Nierenblutungen mit anderweitigen Symptomen geben die Tuberculose der Niere und Stein. Da das therapeutische Vorgehen, je nachdem die eine oder andere dieser beiden Erkrankungen vorliegt, ein verschiedenes ist, so ist es dringend notwendig, daß die Diagnose möglichst frühzeitig gestellt wird.

Die Tuberculose der Niere ist eine Erkrankung, die meist im Alter von 20—40 Jahren sich einstellt. Doch sind Ausnahmen möglich. Eine früher vorhanden gewesene tuberculöse Erkrankung der Knochen, der Lunge, der Gelenke oder der Drüsen läßt die Annahme einer Tuberculose leichter zu, ist aber in der Mehrzahl der Fälle nicht vorhanden. Dagegen ergiebt die Anamnese fast immer eine starke hereditäre Belastung. Ein beim ersten Beginne der Erkrankung starker, später mehr dumpfer Schmerz in der Nierengegend, der aber nur selten in eigentliche Koliken ausartet, wird begleitet von einem starken Harndrang. Dieser variirt im Verlaufe der Erkrankung, ist manchmal ganz verschwunden, manchmal unter Ausstoßung von membranartigen Fetzen, bestehend aus Schleim, Blut und Eiter, stärker, wobei die Ruhe keinerlei Einfluß ausübt, vielmehr sind während derselben fast immer, besonders im Anfange der Erkrankung, sämtliche

Erscheinungen — hauptsächlich der Harndrang — stärker als am Tage. Die Harnmenge ist vermehrt, Blut, Eiter, Schleim und Eiweiß sind vom ersten Beginne der Erkrankung an dem Urin beigemischt In manchen selteneren Fällen ist die erste Blutung so intensiv, daß der Eitergehalt des Urins dadurch vollständig verdeckt wird. Tuberkelbacillen sind häufig, aber nicht immer zu finden. Bedeutend erleichtert wird die Diagnose auf Nierentuberculose selbstverständlich, wenn man es mit einer sogenannten aufsteigenden Tuberculose der Harnorgane zu thun hat, wenn also der Erkrankung der Niere eine solche der Hoden und der Blase vorausging.

Der Nierensteinkranke ist meist über 40 Jahre alt, jedoch ist in Gegenden, in welchen die Erkrankung häufig vorkommt, dieses Leiden auch bei jüngeren Personen bei der Diagnosestellung stets in Betracht zu ziehen. Früher gingen Gries oder Sand ab, vielleicht sogar schon kleinere Steine. Die Patienten haben ein Schwächegefühl in der Lende, das von denselben meist als Seitenstechen bezeichnet wird, oder eine Hodenneuralgie. In anderen Fällen sind starke Schmerzen in der Nierengegend und Colikanfälle begleitet von häufigem Harndrang mit Entleerung von geringen Quantitäten Urins. Die Hauptsymptome, die Beschwerden, verschwinden, wenn der Stein nicht gerade auf der Wanderung begriffen und in den Ureter eingetreten ist, Nachts in der Bettruhe. Die Blutung ist meist stärker als bei Tuberculose und hängt von Bewegungen ab. Die Blutung ist im Anfange rein, Eiterung tritt erst im späteren Stadium der Erkrankung hinzu. Per rectum untersucht, ist der Harnleiter der kranken Niere auf Druck meist stark empfindlich.

Bei der Hämaturie mit Symptomen von Seiten der Blase ist das Hauptsymptom der Schmerz, der in directem Zusammenhange mit der Stärke der Entzündung der Blasenwandung steht. Ein Stein wird bei gesunder Blasenwandung nicht oder nur als dumpfer Druck gefühlt, kann also Anlaß zu einer symptomlosen Hämaturie geben, oder er ruft rein mechanisch durch Verletzung der Schleimhaut, d. h. Bloßlegung der Nervenendigungen, Schmerzen hervor, oder die gleichzeitig vorhandene Cystitis giebt Anlaß zu mehr oder weniger starken Schmerzen bei Bewegungen und nach dem Uriniren und zu mehr oder minder häufigem Harndrang. Die Blutung hängt bei Blasenstein noch viel mehr als bei Nierenstein von der Bewegung ab, so daß durch absolute Ruhe jederzeit ein Stillstand der Blutung erzwungen werden kann. Der Eiter tritt bei Blasenstein erst nach einer längeren Periode reiner Blutungen auf. Der Schmerz ist bei Blasenstein mit geringer Cystitis, auch wenn der Harndrang als solcher vermehrt ist, nur am Schlusse des Urinirens vorhanden, während bei starker Cystitis beständig schmerzhafter Harndrang mit Steigerung der Schmerzen am Schlusse des Urinirens da ist. In der Eichel wird meist ein Kitzeln gefühlt, das bei Bewegungen in stechenden Schmerz übergeht. Das Symptom der plötzlichen Unterbrechung des Harnstrahles findet man verhältnismäßig selten, während das freiwillige Aussetzen des Urinirens in Folge der Schmerzen häufig gefunden wird. Die Steinsonde wird in den meisten

Fällen den weiteren gewünschten Aufschluß geben. Jedoch sollte diese nur dann eingeführt werden, wenn differentialdiagnostisch jeglicher Verdacht auf Tuberculose ausgeschlossen ist. Die Blasentuberculose hat als Characteristicum die Vermehrung des Harndranges mit Schmerzen am Schlusse des Urinirens, der durch Ruhe nicht beeinflußt wird, ebensowenig wie die event. gleichzeitig vorhandene Blutung. Eiter ist von Anfang der Erkrankung an vorhanden, meist sogar vor der ersten Blutung. Sehr häufig besteht ein Mißverhältnis zwischen der Eitermenge und dem intensiven Harndrang. Die Blase verliert bei weiterschreitenden Fällen rasch ihre Capacität. Den Steinsymptomen täuschend ähnlich sind manchmal die Beschwerden bei Blasentumoren nahe dem Blaseneingange, oder langgestielte Tumoren, deren Zottenenden am Schlusse des Urinirens in das Orificium hineingezogen werden.

Bei der Reizung der Prostata durch Onanie finden sich manchmal Blutungen, die meist als Terminalhämaturien auftreten, nur selten stark und von längerer Dauer sind. Die acute Prostatitis sowie Strictur sind als Ursachen von Hämaturien leicht nachzuweisen. Die Blutung ist bei beiden Erkrankungen meist eine terminale, die Beschwerden die gleichen wie bei Prostatareizung durch Onanie, nur daß hier der blutfreie Urin durch Eiter getrübt ist. Die hämorrhagische Cystitis ist entweder Teilerscheinung einer allgemeinen Infection oder zumeist Folge einer Gonorrhoe. Die Prostatahypertrophie und das Prostatacarcinom geben Anlaß zu Blutungen, und zwar sind die Blutungen meist viel stärker als die beim Carcinom. Sie hören bei regelmäßigem Katheterismus fast immer rasch auf.

Als zweites wichtiges Symptom, dem bei der Anamnese von Harnerkrankungen eingehende Berücksichtigung zu schenken ist, ist die Veränderung der Harnentleerung zu beobachten, die entweder in einer Vermehrung oder Verminderung des Harnbedürfnisses bestehen kann. Die Quelle vermehrten Harnbedürfnisses kann in den Harnorganen selbst oder außerhalb dieser liegen, letzteres besonders bei Frauen. Anlaß zu häufigen Harnentleerungen geben vor Allem Veränderungen im Darme und dann entzündliche Veränderungen in den Parametrien, die auf die Blasenwandung übergreifen und zu häufigerem, oftmals schmerzlosem, meist aber besonders gegen den Schluß des Urinirens schmerzhaft vermehrtem Harndrange Anlaß geben. Liegt die Ursache vermehrter Häufigkeit der Harnentleerung in den Harnorganen selbst, so ist sie entweder bedingt durch eine vermehrte Quantität des Urins oder durch häufig ausgelöste Contractionen der Blase. Zur ersteren Reihe gehören der Diabetes mellitus und insipidus, Schrumpfniere und Amyloidniere; ferner sieht man Polyurie bei Beginn der Prostatahypertrophie und dann wieder im späteren Stadium als Folge von Rückstauungen. Polyurien starken Grades treten bei Prostatikern mit chronischer Retention in den ersten Tagen der Katheterbehandlung ein, ebenso bei Patienten mit starken Stricturen nach rascher Erweiterung derselben. Bekannt ist ferner die Steigerung des Harnbedürfnisses bei Hypochondern und Neurasthenikern, sowie Hysterischen, bei welchen dasselbe abwechselnd mit anderen Symptomen auftritt.

Bei der in Folge Reizung der Blase vermehrten Häufigkeit des Urinirens müssen die Fälle, welche ohne Behinderung der Harnentleerung verlaufen, von denjenigen, bei welchen Behinderungen des Harnabflusses vorhanden sind, getrennt werden

1. Vermehrte Harnentleerung ohne Behinderung des Strahles kann ohne oder mit Beimischung von Eiter vorhanden sein. a) Der Urin ist makroskopisch ohne Eiter. Sobald der Urin in seiner Zusammensetzung vom normalen abweicht, so wirkt er auf die Blase. Die Harnsäure, besonders in Form von Gries, Phosphate und Oxalate wirken hyperämisirend auf die Blasenschleimhaut und führen zu einer chronischen Hyperämie der Schleimhaut, der Blase und hinteren Harnröhre. Den gleichen Effect hat der Genuß von alkoholischen Getränken und scharf gewürzten Speisen, ein Zustand, der in Bayern unter dem Volke allgemein als Biertripper bekannt ist. Ebenso führt Onanie zu einer chronischen Hyperämie der hinteren Harnröhre und Prostata, als deren Folge sich stark vermehrter Harndrang einstellt. Je nach dem Intensitätsgrade der Entzündung ist die Eiterabsonderung verschieden, so daß sie meist nur mikroskopisch nachgewiesen werden kann; nur bei der chronisch-gonorrhoischen Entzündung und der durch die Onanie bedingten finden sich makroskopisch sichere Zeichen des Catarrhs in Form von kurzen, dicken, rasch zu Boden sinkenden Filamenten. Blut wirkt in geringen Mengen meist nicht als Reiz zum vermehrten Uriniren, nur wenn die Blutung stärker ist oder wenn Blutgerinnsel in der Blase sich bilden, stellt sich ein vermehrtes Harnbedürfnis ein. b) Der Urin enthält Eiter. Hier geht der Reiz zum öfteren Uriniren entweder vom Nierenbecken und dem Ureter oder der Blase aus. Bei der Pyelitis, sowohl bei der einfachen als auch bei der tuberculösen oder durch Stein bedingten, ist jedoch immer eine geringe Veränderung der Blase mit vorhanden, die durch den längeren Contact mit dem erkrankten Urin erzeugt wurde, so daß die Blasenerscheinungen auch wirklich in der Blase selbst erzeugt werden. Bei wanderndem Nierenstein und Wanderniere sind es die Contractionen des Ureters, welche sich auf die Blase fortsetzen und dadurch Anlaß zu öfterer Entleerung derselben geben. Am häufigsten giebt zu vermehrten Harnentleerungen mit eitrigem Urin die Cystitis Anlaß, und zwar kann dabei die ganze Blasenwandung oder nur ein Teil derselben ergriffen sein. Die localisirte Cystitis findet sich am häufigsten bei Gonorrhoe, dann bei Sexualerkrankungen der Frauen und Typhlitis. Die Cystitis bei Carcinom der Blase tritt zu verschiedenen Zeiten ein, je nachdem es sich um ein gestieltes oder flach aufsitzendes, indurirendes Carcinom handelt. Das gestielte Carcinom verläuft im Anfang genau wie ein gutartiger Tumor der Blase. Beim indurirenden Blasencarcinom tritt die Cystitis frühzeitig ein, meist sogar, ohne daß Blutungen vorausgegangen waren. Ein Frühsymptom desselben ist vermehrter Harndrang, da die Blase in Folge der Infiltration an Capacität verliert, zu dem sich später Schmerzen nach dem Uriniren gesellen. Die Cystitis setzt dann eines Tages plötzlich ein. Die Cystitis bei Blasentuberculose hat das Characteristicum, daß die vermehrten Harn-

entleerungen hauptsächlich bei der Nacht vorhanden sind. Die Schmerzen sind am Schlusse des Urinirens meist intensiv, die eitrige Trübung des Urins im Anfang der Erkrankung verhältnismäßig gering. Mit Fortschreiten der Erkrankung steigert sich die Zahl der Harnentleerungen, die Intensität des Schmerzes und die Stärke der Trübung. Diese Erscheinungen sowie die Wirkungslosigkeit des Höllensteins gegen die Cystitis führen leicht zur Diagnose. Noch zu erwähnen wäre die Cystitis der alten Frauen, die wohl ein Analogon der Veränderung der Blase der alten Männer bildet. Sie tritt meist ohne Ursache auf.

2. Vermehrtes Uriniren mit Behinderung der Harnentleerung. Alle obstruirenden Harnerkrankungen rufen durch consecutive Atonie der Blase mit Ansammlung von Residualurin eine vermehrte Harnentleerung hervor. Regel ist, in allen Fällen erst per anum zu untersuchen, da schon hierbei häufig die Ursache für die Behinderung gefunden wird: Prostatitis acuta oder chronica, Carcinom, Tuberculose der Prostata, Prostatahypertrophie. Zum Teile wird hier der vermehrte Harndrang durch die Erkrankung der hinteren Harnröhre und Blase selbst erzeugt, zum Teile dadurch, daß die Blase in Folge interstitieller Entzündung oder Narbenbildung an Capacität verloren hat, zum Teile dadurch, daß der Detrusor gelähmt ist und die Blase überfließt. Diese drei Formen gehen bei einzelnen Krankheitszuständen ineinander über oder auseinander hervor. Der Harndrang ist vermehrt am Tage, besonders bei Stein und Strictur, bei Nacht bei Tuberculose und Altersveränderung der Prostata; nur bei Nacht vermehrter Harndrang in Verbindung mit verminderter Kraft des Harnstrahles ist vorhanden bei Beginn der Altersveränderung der Prostata. Tag und Nacht vermehrte Häufigkeit des Urinirens zeigen Prostatiker im späteren Stadium, Patienten mit Prostatacarcinom, Tuberculose der Prostata und acuter Prostatitis. Die Steigerung des Harnbedürfnisses bei Stein hängt von der Größe desselben ab sowie von dem Grade der event. vorhandenen Cystitis.

Sehr häufig ist bei kleineren Steinen ohne Cystitis kein eigentlicher Harndrang vorhanden, sondern es veranlaßt vielmehr ein beständiges Kitzelgefühl unter der Eichel bei Bewegungen immer wieder den Patienten zu dem Versuche, diesen Kitzel durch Entleerung des Urins zu beseitigen. Ruhe bringt bei Blasenstein, alte Fälle mit parenchymatöser Entzündung der Blasenwandung ausgenommen, rasch Besserung. Die Vermehrung des Harnbedürfnisses ist bei älteren Stricturen durch Mitbeteiligung der Urethra posterior und Atonie der Blase manchmal stark ausgeprägt. Bei acuter Prostatitis ist in einem Teile der Fälle der Harndrang enorm gesteigert, wehenartig, der Strahl schwach, die Schmerzen, am Schlusse des Urinirens besonders gesteigert, strahlen in das Os sacrum, die Eichel oder den Oberschenkel aus. Frische Gonorrhoe oder Reste einer solchen sind nachzuweisen. In anderen Fällen tritt plötzlich schmerzlose Behinderung der Harnentleerung und damit ein vermehrtes Bedürfnis zum Uriniren ein, ohne daß der Patient bis dorthin etwas von seiner Gonorrhoe beobachtet hätte. Die Rectaluntersuchung ergiebt eine sehr große Prostata und reichlich

Residualurin, der völlig klar ist. Erst mit dem Abschwellen der Prostata tritt dann wieder Secretion in der Urethra anterior und posterior auf. Aehnliche Symptome findet man, wenn auch nicht so ausgeprägt, bei der chronischen Prostatitis, wenngleich in manchen Fällen bei nervös Veranlagten über enormen Harndrang geklagt wird. Die Tuberculose der Prostata giebt je nach dem Sitze der Tuberkelknoten zu mehr oder weniger häufigen Harnentleerungen Anlaß. Die Prostatahypertrophie im späteren Stadium giebt, besonders bei concentrischer Hypertrophie der Blasenwandung, am häufigsten Anlaß zu öfteren Harnentleerungen mit Abschwächung des Harnstrahles und incompleter Harnretention. Besonders ausgeprägt sind diese Beschwerden, wenn eine Cystitis mit Bildung eines Steines sich hinzugesellt. Vermehrtes Uriniren in Folge Ueberfließens der Blase findet sich, abgesehen von weit vorgeschrittener Prostatahypertrophie und alten Stricturen, als Teilerscheinung bei der Tabes. Lubowski.

Dr. Daniel Estrabaut: **Ueber Pseudo-Erkrankungen der Harnwege.** (Pariser Dissertation. Ref. nach Wratsch 1900, No. 3.)

Verf. beobachtete eine große Anzahl Kranker verschiedenen Alters, welche mit irgend einer Krankheit des Harnapparates behaftet zu sein glaubten, während sie in der That nur functionelle Störungen aufwiesen. Die Pseudoerkrankungen der Harnwege sind folgende:

I. Pseudoerkrankungen der Harnröhre:

1. Pseudogonorrhoe. Die gesteigerte Acidität des Harns, welche hauptsächlich bei Personen mit manifester oder latenter Harnsäurediathese beobachtet wird, vermag Brennen der Miction zu verursachen, welche von den Kranken als Zeichen acuter Gonorrhoe gedeutet wird. Bei solchen Kranken findet man häufig Erweiterung der Venen, des Hodens und Samenstranges, bei manchen gesteigerte Secretion der Harnröhrendrüsen. Andererseits wird Verdacht auf chronische Gonorrhoe bei den Patienten dann erweckt, wenn in ihrem Harn feine und durchsichtige Flocken auftreten, die weder Zellen noch Gonokokken enthalten; das sind gewöhnlich Individuen, welche Gonorrhoe überstanden haben. Einen ferneren Anlaß zum Verdacht auf Gonorrhoe kann ein Harn geben, der phosphorsaure Salze in reichlichen Quantitäten enthält und in Folge dessen eitrig erscheint; letzteres ist gewöhnlich bei Neurasthenikern der Fall.

2. Pseudostricturen. Dieselben werden durch Krampf der Muskelfasern der Pars membranacea urethrae bedingt, welcher gewöhnlich dann eintritt, wenn der Patient mit besonderer Aufmerksamkeit die Function des Sphincters verfolgt. Um die Pseudostrictur von der wahren zu unterscheiden, empfiehlt Bazy, in die Harnröhre die Olivensonde No. 20 einzuführen; wenn die Spitze der Sonde in der Pars membranacea stecken bleibt und von Seiten des Dammes deutlich gefühlt werden kann, so deutet es auf eine wahre Strictur hin. Wird aber die Sonde nicht durch den Damm, sondern von Seiten des Mastdarms gefühlt, so liegt ein Krampf vor, weil diese Stelle bereits der Localisation des Sphincters entspricht, während die

Stricturen vor der Pars membranacea liegen und im Durchschnitt eine Länge von 1 cm haben. Führt man eine Reihe Bougies von abnehmender Stärke in die Harnröhre ein und beachtet man die Länge des in die Harnröhre eindringenden Bougiestieles, so findet man, daß beim Krampf dieser Teil immer derselbe bleibt, während er bei einer Strictur immer größer wird, je nachdem der Kopf der eingeführten Sonde kleiner wird, weil dieselbe dann dabei immer mehr und mehr durch die Strictur dringt.

3. Schmerzen der Harnröhre. Dieselben werden bei Personen beobachtet, welche an Gonorrhoe leiden oder gelitten haben, und werden ebenso wie der Krampf der Harnröhre mit systematischer Bougie-Einführung behandelt.

II. Pseudoerkrankungen der Harnblase.

A. Pseudocystitiden.

1. Psychopathische Steigerung der Miction. Dieselbe wird bei Nachkommen von Potatoren, von Epileptikern, von Tabikern und Neurasthenikern, sowie überhaupt bei degenerirten und nervenkranken Individuen beobachtet. Diese Patienten haben häufig in ihrer Kindheit an Harnincontinenz gelitten. Potus und Gonorrhoe sind hier die hauptsächlichsten prädisponirenden Momente. Die Krankheit tritt am häufigsten im Alter von 18 bis 20 Jahren auf, die Kranken uriniren alle 15 Minuten bis 2 Stunden, im Durchschnitt stündlich, wobei sie bei jeder Miction 100 ccm und noch weniger Harn entleeren, während die Harnblase 300 ccm Flüssigkeit fassen kann. Die Behandlung dieses Zustandes besteht in Injectionen von Cocainlösungen in die Harnröhre (2—5 g Cocain auf 20 g Glycerin und 30 g Wasser) und in allgemeiner Behandlung der Neurasthenie. Verf. erhielt in ähnlichen Fällen bedeutende Besserung durch Anwendung der Röntgenstrahlen, deren Wirkung hier jedoch auf Suggestion zurückgeführt werden muß.

2. Gesteigerte Erregbarkeit und Schmerzen der Harnblase. Die hierher gehörenden Erscheinungen bestehen teils in der soeben geschilderten Steigerung der Mictionsfrequenz, teils in convulsiven Erscheinungen, welche die letztere begleiten.

B. Nervöse Harnretention. Dieselbe kann, wenn auch selten, die Folge von willkürlicher langdauernder Retention des Harnes sein. Nicht selten sind auch die Fälle von Harnretention, welche in Folge zufälliger Verletzung bei Gelegenheit einer Operation bezw. bei der Geburt auftreten (Hystero-Traumatismus). Ebenso häufig wird diese Erscheinung durch Krampf des Sphincters bedingt.

C. Nervöse Harnincontinenz (richtiger unwillkürliche Harn-Entleerung). Dieselbe wird selten bei Männern, häufiger bei Kindern und Frauen beobachtet; bei den ersteren besteht sie entweder von Geburt an, oder tritt im Alter von 4—5 Jahren auf. Diese Erscheinung tritt des Nachts auf, während am Tage häufiges (willkürliches) Uriniren beobachtet wird. Mit dem Uebergang in das Jünglingsalter der Kinder verliert sich dieser Krankheitszustand, jedoch behalten die betreffenden Individuen eine gewisse Prädisposition zu verschiedenen Harnanomalien psychischen Ursprungs.

Die Behandlung muß der Individualität des einzelnen Falles entsprechen. Bei Hyperästhesie der Harnröhren- und Blasenschleimhaut injicirt man in den Blasenhals eine Lösung von Cocainum muriaticum oder man führt Bougies ein; bei Schlaffheit des Sphincters verordnet man Strychninum sulfuricum in Lösung von 0,05 zu 100,0 Syrup, von der man einem Kinde im Alter von 5—10 Jahren täglich zunächst 2 Eßlöffel und dann allmählich steigend bis zu 6 Eßlöffel giebt; ferner kann man in diesen Fällen Electricität anwenden; bei convulsiver Compression des Sphincters und Harnincontinenz in Folge Ueberlaufens der Harnblase ist tägliche Bougie-Einführung nützlich; zur Bekämpfung der Träume, welche eine unwillkürliche Harnentleerung hervorrufen, weckt man das Kind des Nachts oder man geht in irgend welcher Weise suggestiv vor. Bei Frauen wird die Harnincontinenz mittels Massage der Harnröhre und des Blasenhalses behandelt. Bei geringer Capacität der Blase wird dieselbe durch Einführung von Flüssigkeit in steigender Menge erweitert.

III. Pseudoerkrankungen der Harnleiter und der Nieren.

1. Ein spontaner Krampf des Ureters ist zwar selten, aber immerhin möglich.

2. Pseudoentzündungen der Ureteren und Nierenbecken äußern sich in Combination von Schmerzen, eitrig aussehendem Harn und einer Geschwulst; die Untersuchung des Harnniederschlages ergiebt in solchen Fällen, daß derselbe aus Salzen besteht, und klärt somit die Situation auf.

3. Spontane Nierenschmerzen ohne anatomische Grundlage sind sehr selten und stehen mit Hysterie oder Neurasthenie in Zusammenhang, bisweilen auch mit Malariainfection und Trauma. Die Anfälle sind denjenigen vollkommen ähnlich, die von Steinen herrühren. In zweifelhaften Fällen empfiehlt es sich, vor der Operation es mit irgend einem suggestiven Verfahren zu versuchen.

4. Pseudonierenschmerzen und Pseudonierensteine sind gar nicht so selten. Die Schmerzen können sowohl durch Beweglichkeit der Niere als auch durch andere krankhafte Zustände der Nieren und des Ureters, andererseits aber auch durch Hysterie bedingt sein.

IV. Pseudodiabetes. Hierher gehören Fälle von transitorischer und alimentärer Glycosurie. Lubowski.

Grosglik: **Ueber den Heilwert des Urotropins bei infectiösen Erkrankungen des Harnapparates.** (Centralbl. für Harn- und Sexualorgane 1900, No. 5.)

G. hat es sich angelegen sein lassen, den Heilwert des Urotropins bei den verschiedensten infectiösen Krankheiten des Harnapparates zu prüfen. Bekanntlich sind die Ansichten der einzelnen Autoren hinsichtlich des Wertes divergirende. Einer der eifrigsten Anhänger des Urotropins ist bekanntlich Nicolaier, welcher auch neuerdings wieder (Zeitschrift für klin. Medicin, Bd. 38) recht warm für seinen Gebrauch eingetreten ist. G. hat nach ver-

schiedenen Punkten hin die Wirksamkeit des Urotropins untersucht, besonders auch darauf hin, ob wirklich eine Abspaltung in Formaldehyd erfolgt. Alle seine Versuche sind vollständig negativ ausgefallen. Ja, sogar bei der einfachsten Form der infectiösen Harnleiden, bei der Bacteriurie, wirkt das Urotropin, ebenso wie auch die Borsäure und das Salol, gerade nur so lange, als es gebraucht wird. Auf Grund seiner Erfahrungen glaubt er demgemäß den Schluß ziehen zu können, „daß die verbreitete Ansicht über den günstigen Einfluß des Urotropins bei infectiösen Processen in den Harnorganen falsch ist". Auch bei der Phosphaturie, bei welcher nach Casper's Ansicht das Urotropin so überaus günstig wirken soll, konnte in acht Fällen keine dauernde Heilung erzielt werden.

Stockmann (Königsberg).

Dr. Emil Suppan (Wien): **Ueber den therapeutischen Wert des Urotropin.** (Wiener med. Blätter 1900, No. 28.)

Das Urotropin ist das einzige Mittel, das wir bisher kennen, welchem der außerordentlich hohe practische Wert zukommt, bei der Behandlung der Blasencatarrhe und deren Complicationen von Seiten der übrigen Organe die locale Therapie auf internem Wege auf das Wirksamste zu unterstützen, ja in sehr vielen Fällen direct zu ersetzen. In allen jenen Fällen von Urosepsis alter Männer mit Prostatahypertrophie, ferner bei den nicht acut septischen Blasen- und Nierenbeckencatarrhen, welche die Folgeerscheinungen und Complicationen dieser Altersveränderung der Vorsteherdrüse sind und die auch bei Atrophia prostatae, bei Divertikelbildung der Blase, bei Neoplasmen und Stricturen höheren Grades zu Stande kommen können, wird es heute zur Regel gemacht werden müssen, Urotropin niemals unversucht zu lassen. Denn es gelingt in einer ganzen Reihe von ganz verzweifelt liegenden Krankheitsfällen der geschilderten Art, das tötliche Ende abzuwenden oder die höchst bedrohlichen Erscheinungen in einem solchen Maße durch dauernde Darreichung von Urotropin zu mildern, daß der Kranke in einen erträglichen und gefahrlosen Zustand gelangt, welcher dann wieder zu einer Phase seines Leidens hinüberleitet, die sich ohne Störungen schlimmer Art über ein, selbst zwei Decennien erstrecken kann. Dieser wesentliche, gewiß hoch genug anzuschlagende Wert in der Therapie der Harnvergiftung bei alten Männern kommt unstreitig dem Urotropin zu. Das Urotropin ist ferner ein ausgezeichnetes Unterstützungsmittel der Blasenausspülungen bei cystitischen Processen, ganz besonders wertvoll und geradezu unentbehrlich bei Hypertrophie der Prostata mit chronischer Harnverhaltung, mit Cystitis und Pyelitis. Auch bei Phosphaturie erzeugt das Urotropin ganz staunenswert rasche und dauernde Erfolge. Im Urotropin müssen wir somit ein sehr wirksames Mittel für die Behandlung der Erkrankungen der Harnwege erblicken, welches bei gewissen Formen derselben ausgezeichnete, ja unschätzbare Erfolge erzielt und dem kein zweites an die Seite gestellt werden kann.

Immerwahr (Berlin).

S. Lustgarten (New-York): **The Question of legal Control of Prostitution in America.** (Medical Record, 13. Januar 1900.)

Die gesetzliche Controle der Prostitution ist bisher in Amerika nicht eingeführt. Nur St. Louis hat ein Jahr lang ungefähr eine derartige Einrichtung, die sich als segensreich erwies, besessen, mußte sie aber aufgeben, da das Volk dagegen demonstrirte. Auch heute noch ist die Etablirung eines die Frage betreffenden Gesetzes in den Vereinigten Staaten in weite Ferne gerückt. Bei der Einbringung müßte jeder der 45 Einzelstaaten, von denen jeder eine getrennte Verfassung besitzt, demselben zustimmen, ehe die Vereinigten Staaten als solche ihm die Sanction erteilen könnten. Die Gesetzgebung der Vereinigten Staaten ist auf dem Princip der persönlichen Freiheit und Gleichheit vor dem Gesetz aufgebaut, jedes neue Gesetz müßte dem Rechnung tragen. Selbst wenn sich ein Föderalstaat einem solchen neuen Gesetz widersetzen würde, hätte die Regierung trotz der Majorität von zustimmenden Staaten kein Recht in Händen, dem widerstrebenden dasselbe aufzuzwingen. Es fehlt eben eine gleichmäßige Gesetzgebung. Der Einfluß der Unterthanen auf die Aufstellung und Auslegung der Gesetzgebung ist bekanntlich in Amerika so groß wie nirgends sonst. Die allgemeine Stimmung ist aber gegen eine aus moralischen Rücksichten vorzunehmende Regulirung des Prostitutionsunwesens, besonders, da durch eine solche die persönliche Freiheit gefährdet würde. Nur günstige Erfahrungen anderer Staaten können den lernbegierigen und fortschrittlichen Amerikaner von dieser Ansicht befreien; so lange diese nicht gewonnen sind, wird es auch in Amerika kein derartiges Gesetz geben. Blanck (Potsdam).

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Gilbert et Weill: **Indicanurie physiologique et expérimentale chez l'homme sain.** (Société de biologie. Le progrès médical 1900, No. 28.)

Die Verfasser haben Untersuchungen angestellt über die Rolle, welche die Leber bei der Indicanurie spielt. Bei sechs gesunden jungen Männern fanden sie Spuren von Indican sowohl in dem Verdauungsharn, als auch in verschiedenen Urinproben, die alle zwei Stunden entnommen waren. Wenn man krystallisirtes Indol in Pillen von 0,005 g innerlich giebt, so bekommt der Betreffende nach einer Stunde eine intensive Indicanurie mit dem Maximum nach 2—4 Stunden, welche nach 6—10 Stunden wieder verschwindet.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Jolles (Wien): **Ueber das Auftreten eines eigentümlich veränderten Blutfarbstoffes im Harn bei paroxysmaler Hämoglobinurie.** (Vortrag im Wiener med. Club vom 9. Mai 1900.)

Die Untersuchung des betreffenden Harns ergab eine eigentümlich rotbraune Farbe, die zunächst auf Hämatoporphyrin schließen ließ; allein sowohl die chemische, als auch die spectroskopische Untersuchung ergab die Abwesenheit dieses Körpers; letztere Untersuchung ließ überhaupt ersehen, daß der Grund der rotbraunen Färbung keiner der bekannten Harnfarbstoffe sei. Aus den Reactionen resultirt, daß dieser Farbstoff beim Kochen ohne Zersetzung coagulirt und die Häminkrystalle giebt, daß jedoch durch Säuren, wie Salz- und Essigsäure, eine Spaltung vor sich geht, indem ein peptonartiger Körper in Lösung geht, während ein eisen- und phosphorhaltiger Körper zurückbleibt, der keine Häminkrystalle giebt. Lubowski.

Dr. Jolles: **Ueber eine Methode zur schnellen und zuverlässigen Bestimmung des Quecksilbers im Harn.** (Vortrag im Wiener medicinischen Club am 9. Mai 1900.)

Verfasser giebt folgendes Verfahren zur Bestimmung des Quecksilbers im Harn an: Die organische Substanz des Harns wird durch Kochen mit Salzsäure und Kaliumchlorat zerstört; nach dem Abkochen des sich entwickelnden Chlor wird ein vergoldetes Platinblech eingesenkt und unter Erwärmung Zinnchlorür hinzugefügt; das reducirte Quecksilber amalgamirt sich hierbei mit dem Golde. Das vergoldete Platinblech wird nun herausgezogen, gut abgewaschen und das Quecksilber mit warmer Salpetersäure herausgelöst. In dieser Lösung kann das Quecksilber entweder auf bekannte Weise mit Zinnchlorür nachgewiesen werden, oder man fügt Schwefelwasserstoffwasser hinzu, welches bei Anwesenheit von Quecksilber eine gelbbraune Färbung erzeugt. Letzterer Nachweis hat die dreifache Empfindlichkeit des Nachweises mit Zinnchlorür. Auf die mit Schwefelwasserstoffwasser auftretende Gelbfärbung kann man eine quantitative colorimetische Bestimmung gründen, indem man den entstehenden Farbenton mit jenem vergleicht, der beim Vermischen von Quecksilberlösungen bekannten Gehaltes mit der entsprechenden Menge Schwefelwasserstoffwassers entsteht. Sowohl die qualitative als auch die quantitative Bestimmung ergeben sehr befriedigende Resultate. Lubowski.

Elischer jun. (Würzburg): **Untersuchungen über Aceton-Ausscheidung durch die Lunge und die Nieren bei Diabetes mellitus.** (Orvosi Hetilap 1900, Mai. Ref. nach Klin.-therap. Wochenschr. 1900, No. 23).

Verf. stellte sich zur Aufgabe, bei schweren Fällen von Diabetes mellitus das tägliche Quantum des ausgeschiedenen Acetons zu bestimmen und das Verhältnis des durch die Lunge und die Nieren ausgeschiedenen Acetons festzustellen. Die Tagesmenge schwankte zwischen 0,9—5,8 g. Ein verhältnismäßig großes Quantum Aceton (Menge von über 2 g) verläßt den

Organismus durch die Lunge; das Verhältnis der durch die Lunge und die Nieren ausgeschiedenen Acetonmenge ist ganz verschieden von dem Verhältnis, welches bei Gesunden vorhanden ist; denn bei Diabetes verläßt den Körper der viel größere Teil des Acetons durch die Nieren, wozu aber der Umstand, daß man einen großen Teil des Acetons als Acetessigsäure zu bestimmen genötigt ist, viel beiträgt. Die im Organismus vorhandene Acetongesamtmenge verläßt ja nur teilweise denselben, da ein Teil im Organismus verbrennt, und an diesem Processe nimmt die Lunge wahrscheinlich den größten Anteil. Den Einfluß der Kohlehydrate auf die Acetonausscheidung konnte Verf. nicht so characteristisch finden als bei den Gesunden.

Lubowski.

A. Spaethe (cand. med. in Berlin): **Ueber die Brauchbarkeit der neueren Saccharometer zur quantitativen Bestimmung des Traubenzuckers im Harn.** (Aus der med. Universitäts-Poliklinik des Geheimrats Prof. Dr. Senator; Deutsche med. Wochenschrift 1900, No. 31.)

Verfasser hat auf Anregung und unter Leitung des Privatdocenten Dr. H. Rosin folgende Gährungssaccharometer einer vergleichenden Prüfung unterzogen: Das Einhorn'sche, das Fiebig'sche, das von Th. Lohnstein im Jahre 1898 und das von demselben Autor 1899 angegebene. Als Controlapparat diente der vorzügliche Halbschattenpolarisator der Poliklinik. Nach einer theoretischen Betrachtung über die Theorie der Gährungs-Saccharometer, die sich an die auch in den „Monatsberichten" referirten Arbeiten von Th. Lohnstein anlehnt, giebt Verf. eine vergleichende Tabelle über die mit den verschiedenen Apparaten erzielten Resultate. Es ergiebt sich: Der Einhorn'sche und der Fiebig'sche Apparat sind unbrauchbar, besonders der erstere; der Lohnstein'sche Apparat vom Jahre 1898 liefert annehmbare Resultate, wenngleich — da in ihm wie in den beiden ersterwähnten der Urin bei größeren Procentgehalten verdünnt werden muß — bei höheren Zuckergehalten Fehler bis zu 0,5pCt. vorkommen können (die jedoch für die gewöhnlichen Zwecke der Praxis belanglos sind); das neue Lohnstein'sche Praecisions-Saccharometer vom Jahre 1899 liefert vorzügliche Resultate; die größte Abweichung zwischen ihm und dem Polarisationsapparat betrug 0,4pCt., und diese war nicht dem Lohnstein-schen Apparat zuzuschreiben, sondern, wie Verf. durch erneute Polarisation nach der Gährung feststellte, darauf zurückzuführen, daß der Harn außer dem rechtsdrehenden Traubenzucker noch linksdrehende Substanzen enthielt. Verf. faßt sein Urteil über Th. Lohnstein's Gährungs-Saccharometer vom Jahre 1899 folgendermaßen zusammen: „Wir erhalten mit diesem Apparat in allen Grenzen recht befriedigende und brauchbare Resultate, so daß man ihn besonders auch wegen seiner Einfachheit und Handlichkeit dem Practiker angelegentlichst empfehlen kann". (Einige Berichtigungen zu der Arbeit Späthe's von Th. Lohnstein finden sich in No. 35 der „Deutschen med. Wochenschrift".)

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Bezançon et Griffon: **Culture du gonocoque.** (Société de biologie. Le progrès médical 1900, No. 28.)

Kaninchenblut mit Agar vermischt giebt einen ausgezeichneten Nährboden für Gonokokken; die Culturen erscheinen nach 24 Stunden bei einer Brutschranktemperatur von 37° in ihrer characteristischen Gestalt und haben eine bemerkenswerte Langlebigkeit. Immerwahr (Berlin).

Gaston: **Le gonocoque et les uréthrites. Associations microbiennes et pyodermites blennorrhagiques.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 6. Soc. de derm. et de syph., séance du 7. juin 1900.)

Die Untersuchungen und die Resultate, über welche G. hier berichtet, entstammen der Klinik Fournier's, dessen Initiative sie hervorgebracht hat. Sie verdienen deswegen ein ausführliches Referat, so unzulänglich, widersprechend und fragmentarisch sie auch sind.

G. will zunächst bei der mikroskopischen Untersuchung des Harnröhrensecrets neben der bacteriologischen Prüfung desselben mehr Gewicht auf die histologischen Bestandteile desselben gelegt wissen. Er unterscheidet drei Formen der Secrete, zunächst einen Fluor mit sehr zahlreichen polynucleären und wenigen mononucleären Leucocyten. Dabei können eosinophile Zellen vorhanden sein oder fehlen. Die Leucocyten sind mehr oder weniger granulirt oder verändert. Ein zweites Secret zeigt neben polynucleären Leucocyten Fibrin in Haufen und Fäden um Leucocyten herum und wenige polygonale epitheliale Zellen. Schließlich kann man ein Secret mit Epithelien, die verschieden zahlreich und mehr oder weniger regelmäßig geformt sind, mit wenigen Leucocyten und einigen Fibrinfäden unterscheiden. Eine große Leucocytenzahl soll einem acuten Proceß oder einem Recidiv entsprechen und der letztere Fall durch Epithelien und Fibrin zudem characterisirt sein. Leucocyten und Fibrin entsprechen subacuten Entzündungen mit torpidem Verlauf, der um so langsamer ist, je zahlreichere Epithelzellen vorhanden sind. In ganzen Fetzen vorhandene Epithelien entsprechen chronischen Processen. Auch das Verhalten der Gonokokken soll neue Schlüsse gestatten. Intracelluläre Gonokokken sollen eine acute Urethritis kennzeichnen, intraepitheliale Lagerung derselben soll auf einen subacuten oder chronischen Verlauf die Prognose stellen lassen und extracelluläre Gonokokken endlich will G. in alten Fällen und bei alten Leuten gefunden haben. Reservirt drückt er sich noch über Folgerungen aus Größe und Zahl der Gonokokken aus. Doch sprechen polymorphe Formen für alte oder schlecht behandelte Fälle. Von fremden Bacterien fand G. häufig Diplokokken, die sich nach Gram zuweilen färben ließen, zuweilen nicht, und die Varietäten (sic!)

Staphylokokken und Streptokokken sowie unbestimmten Arten vorstellen; ferner Stäbchenformen, die bei Männern weniger häufig vorkommen als bei Frauen, und schließlich einen Pseudogonokokkus, der nach Form, Größe und Lagerung den Gonokokken entspricht, aber sich nach Gram färbt und auf allen Nährböden staphylokokkenähnliche Culturen liefert. (Man glaubt sich in die Kinderjahre des Gonokokkus zurückversetzt, wenn man diese unvollkommenen Schilderungen der von Bumm beschriebenen Harnröhrenmikroben liest Ref.) Dieser letztere Diplokokkus hat nun nach G. die Eigenschaft, Eiterungen der Haut in der Nähe des Orificium urethrae hervorzubringen (Folliculitiden, Ekthyma u. s. w.). Dasselbe soll aber auch der Gonokokkus zu Stande bringen können, zwar nicht auf normaler Haut, wohl aber, wenn die Malpighi'sche Schicht freiliegt. Bourges und Brocq wollen freilich die Gonokokken dieser Pyodermiten nicht anerkennen, sondern halten dieselben für gewöhnliche Staphylokokken.

Dreyer (Köln).

Baudouin et Gaston: **Blennorrhagie, lymphangite et pyodermites gonococciques.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 6. Soc. de derm. et de syph., séance du 7. juin 1900.)

Bei einem mit Gonorrhoe behafteten 18jährigen Mann findet sich am Ende der dritten Krankheitswoche an der unteren Seite des Penis neben der Raphe vom Ende der Eichel bis zum Ansatz des Scrotums ein rötlicher, 3 mm breiter, hervorspringender, auf Druck schmerzhafter Strang, der hanfkorn- bis erbsengrosse Knoten enthält, die vorne mehr oberflächlich, hinten mehr in der Tiefe sitzen. Diese Knoten enthalten einen gonokokkenhaltigen Eiter. Zwei derselben haben sich spontan geöffnet. Die übrigen wurden incidirt. Nach Ansicht des Vortragenden handelt es sich um eine Lymphangitis, die an der unteren Seite des Penis jedenfalls zu den Seltenheiten gehört. Balzer glaubt indeß, daß es sich um Dermoidcysten handelt, in denen er selbst einmal Gonokokken sich hat localisiren sehen

Dreyer (Köln).

E. Wood Ruggles (Rochester, New-York): **Gonorrhoea in its Relations to the male Adnexa.** (Medical Record, 3. Febr. 1900.)

Die Gonorrhoe des Mannes kann in jedem Stadium auf die Adnexe — als solche kommen die Hoden und Nebenhoden, das Vas deferens, die Dd. ejaculatorii, die Prostata und Samenblasen in Betracht — übergreifen; wenn dies meist etwas spät geschieht, so sind besonders die kleinen Oeffnungen der Ductus ejacul. und der Ausführungsgänge der Prostata und ihr schräger Durchtritt durch die Urethra daran schuld. Die schädliche Einwirkung der gonorrhoischen Entzündung der Nebenhoden, der Dd. ejacul., der Vas deferentia auf die Potentia generandi ist durch Untersuchungen, die besonders Finger veröffentlicht hat, bekannt geworden Von den Ausführungen des Verf seien besonders diejenigen erwähnt, welche die

Prostata betreffen. 60 pCt. der über ein Jahr sich hinziehenden Gonorrhoen sind, abgesehen von ausgesprochenen Stricturen, auf Beteiligung der Prostata zurückzuführen. Von ihr aus gehen Recidive, die meist durch gewöhnlich nicht pathogene Keime, das Bacterium coli oder den Diplococcus urethrae hervorgerufen werden. Das Mikroskop sollte, ebenso wie das Thermometer zur Fieberbestimmung, stets zur Diagnose der Prostataerkrankungen wie langdauernden Urethritiden herangezogen werden. Häufig finden sich im exprimirten Prostatasaft bewegliche Bacterien, die sich durch die Färbung als die genannten Bacterien feststellen lassen. Mehrere instructive Krankengeschichten illustriren die Ausführungen des Verfassers.

Blanck (Potsdam).

Balzer et L. Alquier: **Rectite à gonocoques.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 6. Soc. de derm. et de syph., séance du 7. juin 1900.)

B. und A. stellen eine 31 Jahre alte Frau mit geringem, eitrigem Ausfluß aus Scheide und Mastdarm vor. Im Ausfluß finden sich Gonokokken. Die Behandlung besteht in Spülungen mit hypermangansaurem Kali im doppelläufigen Katheter und Einführung von Ichthyol und Cocainsuppositorien. Die Gonorrhoe des Rectums gilt in Frankreich immer noch als eine ziemliche Seltenheit. B hat in 20 Jahren einer frequenten Hospitalpraxis in Saint-Louis, Lourcine und du Midi nie einen Fall von Rectumgonorrhoe gesehen. Es ist gar kein Zweifel, daß bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit B. sehr viele Fälle nicht entgangen sein würden. Dreyer (Köln).

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Danlos: **Syphilis et phthiriase. Syphilide pigmentaire du cou de forme exceptionnelle.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 5. Soc. de derm. et de syph., séance du 3. mai 1900.)

Bei der 20jährigen Frau, die an einer wahrscheinlich frischen Syphilis (Plaques an der Vulva und am Munde) leidet, finden sich zwei Formen von Pigmentationen. Die eine Form ist über den ganzen Körper etwa verbreitet und besonders an Hals, Achseln, Lenden und in der Taille ausgesprochen und rührt von einer Phthiriasis her. Die andere Form besteht in regelmäßigeren, teilweise zusammenfließenden, meist aber isolirten Flecken, die überall an Stamm und Hals, besonders in der Glutäalgegend und selten an den Gliedern sich finden. Der linsengroße Fleck ist von einem weißen Hof umgeben. Die Haut ist leicht atrophisch in ihrem Bereich. Von der

klassischen Form des Pigmentsyphilids unterscheidet sich diese Pigmentirung dadurch, daß ersterer keine locale Eruption vorausgeht, wie das hier der Fall ist, und daß die Haut in letzterem Fall einen atrophischen Character hat. Balzer, Brocq, Fournier und Barthélemy treten dieser Unterscheidung bei. Dreyer (Köln).

Hallopeau: **Sur les troubles de pigmentation et de vascularisation que provoquent fréquemment à leur périphérie les syphilides secondaires.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 5. Soc. de derm. et de syph., séance du 3. mai 1900.)

H. zeigt einen Syphilitiker, dessen Papeln von einem leicht gefärbten Hofe umgeben sind, der seinerseits wieder von einer hyperämischen Zone begrenzt wird. Die Beobachtung geschieht am besten durch ein blaues Kobaltglas. Dieses Verhältnis der Pigmentirung und Vascularisirung zu den syphilitischen Papeln ist nach H. sehr häufig. Dreyer (Köln).

Kaposi, Löwenbach: **Interessante Syphilisfälle.** (Demonstrationen in der Wiener dermatol. Gesellschaft am 9. Mai 1900.)

Kaposi demonstrirt: 1. Ein haselnußgroßes, exulcerirtes und eitrig zerfallenes Gumma der Oberlippe bei einer vor sieben Monaten vorgestellten Patientin. Damals war die circumscripte Infiltration und oberflächliche Geschwürsbildung erst für eine Sclerose und nach vergeblicher Behandlung mit grauem Pflaster für traumatisch gehalten worden. Nunmehr heilte die Affection prompt auf Empl. hydrarg. 2. Eine ausgebreitete, bisher unbehandelte schwere Lues gummosa bei einem 46jährigen Patienten, der auch vom Bestehen der Sclerose eines früheren Exanthems nichts weiß. Wegen eines Tumor testis wurde 1892 der rechte, dann der linke Hode entfernt. Die jetzt bestehenden Geschwürsbildungen begannen erst im December 1899 und führten zu einer Zerstörung der rechten Nasenhälfte und zu diffus ausgebreiteten, eitrig belegten Geschwüren an der Stirn, der behaarten Kopfhaut, der linken Halsseite, beiden Achseln, den Oberarmen, am Rücken und an den Unterschenkeln. Perforation des harten Gaumens, große Geschwüre an beiden Gaumenbögen. 3. Eine 17jährige Patientin, die 1899 an Lues erkrankte und damals 30 Einreibungen machte. Nun fand man am rechten großen Labium eine umschriebene, derb ödematöse Infiltration mit einem oberflächlichen, seichten, eitrig belegten Geschwür, dessen Ueberimpfung auf den Arm negativ ausfiel. Es könnte vielleicht also eine Reinfection vorliegen.

In der Discussion bemerkt Mracek, daß er es nicht für wahrscheinlich hält, daß nach so kurzer Zeit eine Reinfection erfolgt sei. Die Diagnose könne sich nicht auf das Geschwür, das auch ein mit Lymphangoitis complicirtes venerisches Ulcus sein kann, allein stützen, sondern auf ein event. auftretendes Primärexanthem.

Löwenbach demonstrirt: 1. Eine extragenitale Sclerose an der Oberlippe bei einer 40jährigen Hebamme, die einer mit einem Ausschlag be-

hafteten Wöchnerin die Brustwarze aussog. Beginnendes Exanthem. 2. Einen Fall von Sclerose an der Oberlippe von Nußgröße bei einer 26jährigen Frau. Submaxillardrüsen beiderseits vergrößert, an manchen Stellen papulo-pustulöses Exanthem. 3. Eine 22jährige Kranke mit einer pigmentirten Sclerosennarbe an der linken Mammilla, Lichen syphiliticus am Stamme, Papeln an den Tonsillen und einem umschriebenen Lupusherd an der Außenseite des linken Sprunggelenkes. 4. Einen Fall von Gumma et Hyperostosis ossis frontalis sinistri bei einer 71jährigen Frau, bei der vor vier Jahren an der ebenso erkrankten Stirnseite ein necrotischer Sequester entfernt und der Substanzverlust plastisch gedeckt wurde. 5. Einen 27jährigen Patienten mit Gumma der Scrotalhaut, der vor sieben Jahren Lues acquirirte, damals eine Einreibungskur machte und bisher ohne Recidive blieb. 6 Einen 40jährigen Patienten mit einem exulcerirten Gumma an der Haut der Nasenwurzel. Außerdem bestehen bei ihm eine Parese des linken Armes, ein spastisch-paretischer Gang, gesteigerte Sehnenreflexe, leicht haesitirende Sprache, so daß zwischen Lues cerebri oder einer beginnenden Paralysis progressiva noch nicht bestimmt entschieden werden kann. Patient war 1892 wegen Lues mit Einreibungen, später mit Jodkali und Jodbädern behandelt worden.

Lubowski.

Dr. Einhorn (New-York): **Ueber Syphilis des Magens.** (Archiv für Verdauungskrankheiten, Bd. 6, H. 2.)

Dyspeptische Symptome treten im secundären und tertiären Stadium der Syphilis nicht selten auf. Während jedoch die Verdauungsstörungen im secundären Stadium mehr der allgemeinen Affection, dem Fieber etc. zuzuschreiben sind und somit als Begleiterscheinungen der ursprünglichen Krankheit ohne specielles Mitergriffensein des Magens selber betrachtet werden müssen, sind die Affectionen des Magens im tertiären Stadium der Syphilis selbstständiger Natur, durch anatomische Processe in diesem Organ bedingt. Letztere Gruppe macht Verf. zum Gegenstand seiner gegenwärtigen Besprechungen. Die syphilitischen Läsionen des Magens können verschiedene Formen annehmen (Erosionen, Geschwüre, Tumoren, Verengerung des Pylorus, Gastralgie etc.), welche alle unter demselben Bilde verlaufen, wie die gewöhnlichen Erkrankungen; ihre syphilitische Natur kann durch die Symptome allein nicht erkannt werden. Was die Diagnose des syphilitischen Ursprungs ermöglicht, ist erstens der Nachweis einer früher stattgehabten luetischen Infection, zweitens syphititische Manifestationen an anderen Körperstellen und drittens der Erfolg einer antisyphilitischen Behandlung. Es braucht wohl kaum erwähnt zu werden, daß auch Syphilitiker an allen möglichen Erkrankungen des Verdauungsapparates leiden können, ohne daß dieselben in irgend welchem Connex mit der früher stattgehabten Lues stehen. Diese bilden sogar vielleicht die Mehrzahl. Um so schwerer ist es, in einem betreffenden Falle die Entscheidung zu treffen, ob die Erkrankung des Magens syphilitischer Natur ist oder nicht. Und doch ist dies oft genug möglich. Unter den Fällen, die Verf. beobachtet hat, unter-

scheidet er drei Gruppen von syphilitischer Erkrankung des Magens, nämlich 1. Magengeschwür syphilitischen Ursprungs, 2. syphilitische Magengeschwulst, 3. syphilitische Pylorusstenose.

Die erste Gruppe (syphilitische Magengeschwüre) ist in der Litteratur am meisten klinisch vertreten. Die hierher gehörigen zwei Fälle des Verfassers lassen kaum eine andere Deutung zu, als daß hier ein Ulcus syphiliticum des Magens vorlag. In dem einen Falle waren noch andere Zeichen tertiärer Syphilis vorhanden, während im zweiten Fall außer dem Erkrankungsherd im Magen sich nichts weiter Luetisches vorfand; in beiden Fällen blieben die üblichen Behandlungsmethoden des Magengeschwürs entweder ganz oder doch zum großen Teil erfolglos, während eine antisyphilitische Therapie vollständige Heilung erzielte. Da das Vorkommen von syphilitischen Geschwüren im Magen pathologisch-anatomisch eine festgestellte Thatsache ist, so liegt kein Grund vor, die Annahme eines luetischen Magengeschwürs in den eben berichteten Fällen zurückzuweisen.

Die zweite Gruppe, syphilitische Geschwülste des Magens, findet sich in der Litteratur nur spärlich in Sectionsprotocollen erwähnt, nicht aber als während des Lebens erkannt, beschrieben. Die zwei hierher gehörigen Fälle des Verfassers gewinnen um so mehr an Bedeutung. Das Vorkommen von syphilitischen Geschwülsten des Magens scheint ziemlich selten, aber nichts desto weniger wichtig zu sein. Dieselben können einem Carcinom ähnlich verlaufen und leicht genug verkannt werden. Bei der Palpation kann eine derartige gummöse Geschwulst alle Characteristica einer malignen Neubildung wiedergeben, und auch die Krankheitssymptome können zum Verwechseln mit denen des Carcinoms ähnlich sein. Es erscheint daher ratsam, bei jedem Fall von Neoplasma des Magens an Syphilis zu denken und den Patienten nach seiner Vorgeschichte zu fragen und auch auf etwaige syphilitische Manifestationen am Körper zu fahnden. Ein Fall dieser Gruppe, bei dem zuletzt auch Erscheinungen von Ischochymie, durch Verengerung des Pförtners bedingt, auftraten, führt in die dritte Gruppe von syphilitischer Pylorusstenose hinüber, von der Verf. gleichfalls zwei Fälle beobachtet hat. In dem einen dieser Fälle war der verdickte Pylorus als eine ovale Geschwulst zuerst durchzufühlen und verschwand nach längerer antisyphilitischer Behandlung; zugleich traten die Symptome der Ischochymie zurück und Patient genas. In dem zweiten Fall konnte der Pylorus nicht gefühlt werden und die Diagnose einer beginnenden Verengerung desselben mußte lediglich auf die Ergebnisse der inneren Magenuntersuchung hin gestellt werden. In beiden Fällen blieben die üblichen medicinischen Maßnahmen der benignen Pylorusstenose erfolglos, während eine Jodkalibehandlung sehr bald Besserung brachte. Die Existenz syphilitischer Pylorusstenosen ist klinisch noch nicht beschrieben worden und dürfte die Kenntnisnahme solcher Vorkommnisse von practischer Wichtigkeit sein. Die beschriebenen zwei Fälle von luetischer Verengerung des Pförtners wären, wenn Verf. nicht an den syphilitischen Ursprung der Affection gedacht hätte, nach Fehlgreifen der üblichen Maßnahmen einer Operation unterzogen

worden. Aus der vorliegenden Arbeit geht deutlich hervor, daß die tertiäre Syphilis schwere Magenaffectionen erzeugen kann, die einer antiluetischen Behandlung zugänglich sind. Man wird daher bei der Therapie schwieriger Leiden des Verdauungsapparates einen etwaigen syphilitischen Ursprung nicht außer Acht lassen müssen. Lubowski.

Long: **Contribution à l'étude des scléroses de la moelle épinière.** (Thèse de Genève 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1900, No. IV.)

Zu Grunde liegt die Beobachtung einer 47jährigen, seit 11 Jahren syphilitischen Frau, bei der vier Jahre nach der Infection eine Paralyse namentlich der rechten Seite mit Sensibilitätsstörungen dieser Seite, mit Contracturen und Sphincterstörungen auftrat. Bei der Section fanden sich im oberen Dorsalmark diffuse meningo-vasculäre Störungen und im Cervicalmark zudem zwei locale Herde. Dreyer (Köln).

Dr. Huber: **Drei Fälle von tertiärer Lues.** (Demonstration im Budapester k. Aerzteverein. Ungar. med. Presse 1900, No. 18—19.)

Die Fälle zeigten alle tiefgehende Läsionen der Haut und der Muskeln. Die Krankengeschichte dieser Kranken bestätigt die schon längst bekannte Thatsache, daß die Spätformen der Lues besonders bei solchen Kranken erscheinen, die im secundären Stadium nicht entsprechend behandelt wurden. Lubowski.

Audéoud: **Note sur un cas d'hydrocéphalie hérédo-syphilitique guérie par le traitement spécifique.** (Revue médicale de la suisse romande, 20. Januar 1899. Refer. nach Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 4.)

Im Alter von fünf Monaten traten bei dem hereditär-syphilitischen Kinde zugleich mit einem Hydrocephalus Plaques muqueuses am Anus auf. Eine antisyphilitische Behandlung besserte auch den Hydrocephalus, so daß Schädel und Gesicht im Alter von 16 Monaten vollkommen proportionirt waren. Dreyer (Köln).

1. Dr. S. Rona: **Ein Fall von Myositis gummosa.** (Ungarische med. Presse 1900, No. 4.)
2. Derselbe: **Ein Fall von Syphilid mit Localisirung auf tätowirten und lupösen Stellen.** (Ibidem.)

1. Bei der 43jährigen Frau besteht ein den harten Gaumen perforirendes luetisches Geschwür. In beiden Musc. sternocleidomast. unebene knorpelige Infiltrationen, und zwar rechts von der Größe einer Haselnuß, links von der einer Wallnuß.

2. Auffallend war in diesem Falle, daß an den Armen, wo tätowirte Stellen waren, die Eruption sehr intensiv war. Am rechten Unterarm war in Handtellergröße ein diffus dunkelrotes Erythem zu sehen. Ein ähnlich intensives Erythem und Papelgruppen umgaben einzelne lupöse Gebiete.

Lubowski.

Edmond Fournier: **Trois cas de syphilis héréditaire tardive.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 5. Soc. de derm. et de syph., séance du 3. mai 1900.)

In sämtlichen drei Fällen handelt es sich bei den hereditärsyphilitischen Kranken um Affectionen, die einen harten Schanker vortäuschten, während die Anamnese ergiebt, daß Gummata vorliegen, was durch Verlauf und durch den Erfolg der Jodkalitherapie bestätigt wird. Der Sitz war zweimal die Glans penis, einmal die Brust. Dreyer (Köln).

1. Dr. Frieser (Wien): **Der therapeutische Wert des Jodipins.** (Wiener klin. Rundschau 1900, No. 16.)
2. Dr. Schuster (Aachen): **Dasselbe.** (Therapie der Gegenwart, Mai 1900.)
3. Dr. Briess: **Ueber die Behandlung der Syphilis mit Jodalbacid.** (Wiener med. Wochenschrift 1900, No. 15.)

1. Alle bisherigen im Gebrauch stehenden Jodpräparate haben den Nachteil, daß sie häufig noch vor Beendigung ihrer therapeutischen Aufgabe die unter dem Sammelnamen Jodismus bekannten unangenehmen Nebenwirkungen hervorrufen und zu einem Aussetzen des Mittels zwingen. Die Hauptschuld an dieser Erscheinung trägt der Umstand, daß die bisher gebräuchlichen Jodpräparate bereits im Magen freies Jod abspalten, welches die Schleimhäute des Verdauungstractus reizt. Diesem Uebelstand scheint nun durch ein neues Jodpräparat abgeholfen zu sein, nämlich durch das von E. Merck in Darmstadt in Verkehr gebrachte Jodipin. Durch die Versuche Klingmüller's, Frese's und anderer Autoren angeregt, versuchte auch Frieser das Jodipin in seiner Praxis und konnte auf Grund seiner dabei gemachten Beobachtungen und Erfahrungen nach jeder Richtung hin die Mitteilungen der früheren Beobachter bestätigen. Das Jodipin zeigte fast in allen Fällen eine gute verläßliche Wirkung, wurde meist auch lieber genommen und weitaus besser vertragen, als das Jodkali, und die dabei erzielten Resultate waren fast durchweg zufriedenstellend, während Jodismus, gastrische Störungen in keinem Falle wahrzunehmen waren. Diese günstige Wirkung ist zuerst dem Umstande anzurechnen, daß das Jodipin langsam und allmählich aus dem Organismus ausgeschieden wird und die Abspaltung von Jod nur succesive und wahrscheinlich erst im Blute erfolgt.

Das Präparat, welches von Merck in zweifacher Concentration (in 10- und 25proc.) in den Handel gebracht wird, ist ein Additionsproduct von Jod und Sesamöl, ist ungemein haltbar und beständig. Verf. verordnet in seiner

Praxis sowohl das 10-, wie auch das 25proc. Jodipin, ersteres innerlich 2 bis 3 Theelöffel täglich oder 150—200 g im Klysma; das 25proc. Präparat verwendet er ausschließlich zu subcutanen Injectionen. Er läßt das Präparat gewöhnlich 10—14 Tage nehmen und empfiehlt, demselben zur Deckung des öligen Geschmackes etwas Pfefferminzöl oder Syr. cort. aurant. beizusetzen. Die subcutane Anwendung des Jodipins ist oft aus dem Grunde schon empfehlenswerter, weil man bei Anwendung des 25proc. Mittels schon mit kleinen Quantitäten den erwünschten Erfolg zu erzielen in der Lage ist. Verf. hat bis jetzt das Jod in acht Fällen von Lues in verschiedenen Stadien angewandt und erzielte besonders günstige Erfolge bei Tertiärformen derselben, wenn auch ein günstiger Einfluß auf die Frühsymptome der Syphilis und des Secundärstadiums nicht zu verkennen war. Auch in einigen Fällen von Lues hereditaria konnten die Erscheinungen durch Jodipinverabreichung auf's Günstigste beeinflußt werden.

2. Schuster hat nicht minder günstige Erfolge mit dem Jodipin erzielt, welches er besonders gern in Form von subcutanen Injectionen anwendet. Die Jodipininjectionen lassen sich nach den Klingmüller'schen Vorschriften ohne nachfolgende örtliche Reaction machen; man achte auf eine gut gearbeitete, kräftige Nadel. Verf. ist nach seinen seit Juni vorigen Jahres tagtäglich mehrere Male vorgenommenen Jodipininjectionen zu der Anschauung gekommen, daß das Jodipin dem Jodkali in seiner therapeutischen Wirkung überlegen ist, daß überall, wo Jodmittel indicirt sind, das Jodipin auch berechtigt ist, sowohl in Bezug auf örtliche, wie auf allgemeine Wirkung. Verf. hat in einem Fall von äußerst schmerzhafter Entzündung des Samenstranges, die mit Epididymitis einherging, eine Jodipininjection in die innere Oberschenkelfläche gemacht, wonach sehr bald die ziehenden, fast unerträglichen Schmerzen und die Härte des Stranges nachließen. Die von der Injectionsstelle ausgehende starke ödematöse Schwellung des Oberschenkels verschwand nach fünf Tagen. Ferner hat Verf. bei hartnäckiger gonorrhoischer Allgemeinerkrankung in der kranken Calcaneusumgebung neben allgemein wirkenden Jodipininjectionen in das local entzündete Gebiet kleinere Jodipininjectionen gemacht. Die von Verf. behandelten, mit Gonorrhoismus behafteten Kranken hatten meist schon viele vergebliche Heilversuche hinter sich. Zwei solcher in letzter Zeit behandelter hartnäckiger Fälle bekamen neben Inunctionen statt des Jodkalis das Jodipin. Die Kranken betonten jedes Mal die dem Jodipin folgende Besserung, die anscheinend viel rascher als früher auftrat.

Die Frage, ob man in manchen Fällen von Spätlues mit dem Jodipin allein ohne Quecksilber auskommen könnte, müssen weitere Erfahrungen lösen. Jedenfalls meint Verf., daß das Jodipin das Jodkali nicht verdrängen, wohl aber häufig an seine Stelle treten wird.

3. Denselben Zweck, d. h. den der Vermeidung des Jodismus, verfolgt auch ein weiteres Ersatzmittel des Jodkalis, nämlich das Jodalbacid, das den durch alkalische Spaltung gewonnenen jodirten Eiweißkern darstellt und 10 pCt. Jod enthält. Die Erfahrungen Briess' umfassen 25 Fälle von

Syphilis verschiedener Form und Zeitdauer. Es zeigte sich, daß das Mittel bei einer größeren Anzahl von Kranken den gewünschten Effect hervorrief, mitunter sogar in verhältnismäßig kurzer Zeit, daß es dagegen einige Male seine Wirkung versagte, und daß man zu den anderen luetischen Kuren greifen mußte. Es waren dies hauptsächlich Fälle von recenter Syphilis, bei denen, wie auch bei anderen Jodpräparaten, während der Behandlung mit Jodalbacid allein nicht nur die ursprünglichen Erscheinungen nicht schwanden, sondern sich Roseola annulata resp. Lichen syphiliticus ausbildete; dann ein Fall von Syphilis praecox, wo unter Jodalbacidbehandlung die Erscheinungen zunahmen. Bei einer anderen Categorie von Fällen mußte das Mittel deshalb ausgesetzt werden, weil bei den Patienten Schwindel, Kopfschmerz, Magendrücken und Abspannung eintraten, Symptome, welche nachließen, als an Stelle des Jodalbacids eine andere Kur eingeleitet wurde. Allerdings muß betont werden, daß diese Beschwerden möglicher Weise Schuld eines nicht mehr ganz frischen Präparates waren, da diese Klagen alle zu einer und derselben Zeit auftraten, als ein und dasselbe ältere Präparat angewendet wurde, und sich nicht wiederholten, als ein neues, frischeres in Verwendung kam. Was die geheilten Fälle anlangt, so waren dies vorwiegend Kranke mit Spätrecidiven, gruppirten Exanthemen, Papeln ad genitale et in ore, Periostitiden specifischer Natur, Gummen, bei denen teilweise Jodalbacid allein, teilweise im Anschluß an leichte Quecksilberkur gegeben wurde. In einigen Fällen, die zum Teil in ambulatorischer Behandlung standen, wo Jodkalium Herzbeschwerden, Kopfschmerzen und Hauterscheinungen hervorrief, wurde Jodalbacid anstandslos und mit Erfolg angewendet. Die Patienten erhielten 8—12 Pastillen täglich mit der strengen Anordnung, dieselben immer nach dem Essen zu nehmen. Bis auf die erwähnten Fälle wurde das Präparat gern genommen und gut vertragen. Es zeigten sich keinerlei Erscheinungen von Jodismus, in keinem Fall wurde Jodacne beobachtet. Die chemische Untersuchung vermochte schon nach sehr kurzer Zeit Jod im Urin und Speichel nachzuweisen. Lubowski.

Danlos: **Chancre mou. Vaste bubon phagédénique de l'aine gauche et simultanément contracture des muscles de la hanche, simulant la coxalgie.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 5. Soc. de derm. et de syph., séance du 3. mai 1900.)

Im November weicher Schanker im Sulcus coronarius. 14 Tage später tritt ein Bubo der rechten Seite auf, der bis Ende December zurückgeht. Ein Bubo der linken Seite entwickelt sich Anfang December, vereitert schnell und führt zu einem schankerösen Geschwür, das sich in der Genitocruralfurche fast bis zum Anus ausdehnt. Dabei ist das rechte Bein in der Hüfte gebeugt, abducirt und nach außen rotirt und der Kranke giebt an, daß er diese Stellung einnimmt, weil er am wenigsten Schmerzen in ihr empfindet. Eine Erkrankung im Hüftgelenk läßt sich in keiner Weise nachweisen. Unter örtlicher Behandlung heilt unterdes das große Geschwür fast voll-

ständig, während der Schanker sich noch zu vertiefen scheint und die Haltung des Beines fast unverändert bleibt. Die letztere muß nach Analogie der gleichen Beinstellung bei Coxitis reflectorisch entstanden durch die in der Genitocruralfurche gelegene geschwürige Erkrankung erklärt werden. Die Seltenheit einer solchen Beobachtung bleibt immerhin bemerkenswert.

Dreyer (Köln).

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Dr. Lantos: **Fibroma molluscum urethrae.** (Pester med.-chir. Presse 1900, No. 19.)

Die 25 Jahre alte, seit fünf Jahren verheiratete, vor drei Jahren einmal entbundene Patientin hat seit einiger Zeit constant eine geringe Blutung und klagt über Schmerzen im Bauch und Kreuz, Brennen beim Urinlassen, welche Erscheinungen sie mit einem im September von einer Leiter erfolgten Sturz in Zusammenhang bringt. Die Genitalien der auffallend anämischen Kranken zeigen keine Abnormität. Um das Orificium urethrae befinden sich vier, zum Teil der Urethralschleimhaut entspringende, bohnen- bis haselnußgroße, auf breiter Basis aufsitzende, halbweiche, ziemlich glatte, rötliche Geschwülste. Die eine der Geschwülste wurde exstirpirt und zeigte mikroskopisch Fibroblasten auf entzündlicher Basis, mußte also als Fibrom, und zwar wegen seiner Aehnlichkeit mit dem von Virchow an der Haut beschriebenen Fibr. molluscum als Fibroma molluscum urethrae angesprochen werden. In der Litteratur ließ sich kein ähnlicher Befund entdecken. Die Tumoren werden exstirpirt werden.

Lubowski.

Prof. Dr. Erich Peiper: **Fliegenlarven als gelegentliche Parasiten des Menschen.** (L. Marcus, Berlin 1900.)

Obwohl sicher festgestellt, begegnet doch vielfach das Vorkommen von Fliegenlarven als gelegentlichen Parasiten des Menschen gewissem Zweifel. Zum Teil rühren die skeptischen Bedenken nach Verf. daher, daß einwandsfreie Mitteilungen über den Parasitismus der Fliegenlarven nicht bekannt sind, zum Teil wohl, weil die Kenntnis dieser Gebilde unter den Aerzten noch nicht hinreichend gefördert ist. Verf. steckte sich nun zum Ziel, auch weiteren Kreisen einen Ueberblick über jene gelegentlichen Schmarotzer des Menschen zu geben.

Die Ausführungen des Verfassers, die knapp und doch erschöpfend sind (das Büchlein zählt im Ganzen 76 Seiten), dürften auch den Urologen nteressiren, weil bekanntlich auch in der Harnröhre Fliegenlarven gelegentlich als Schmarotzer beobachtet werden. 41 gute Abbildungen erhöhen den Wert des Büchleins ganz bedeutend.

Casper.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Prof. E. Albert (Wien): **Ueber die Castration bei Tuberculose des Nebenhodens.** (Therapie der Gegenwart 1900, Heft I.)

A. ist gegen die schablonenmäßige Vornahme der Castration bei Hodentuberculose. Denn mit der Diagnose auf Nebenhodentuberculose ist noch nicht eine solche Gefährlichkeit des Zustandes gegeben, daß das kranke Organ entfernt werden muß. A. hat mehrere Patienten lange Jahre mit Hodentuberculose vergnügt leben sehen, einen sogar über ein Decennium. Andererseits ist auch die doppelseitige Castration nicht im Stande, die Erkrankung zu sistiren. Gerade wie man bei der Gelenktuberculose conservativ behandelt, so verdient auch bei der Nebenhodentuberculose die Resection den Vorzug. Loeb (Berlin).

Bottini: **L'iscuria prostatica.** (Biblioteca della Clinica Moderna, Firenze. Ref. nach Gazz. degli osp. e delle clin. 1900, No. 57.)

Verf. stützt sich auf 30jährige anatomische und klinische Studien und Präparate. Er unterscheidet im Muskelapparat der Prostata eine Pars adventitia und eine Pars intima. Die erstere besteht aus Bündeln gestreifter, willkürlicher Muskeln, die aus dem M. transversus urethralis (Krause) stammen. Die Pars intima besteht aus glatten Muskelfasern, die direct aus dem Detrusor vesicalis kommen, dessen circuläre Fasern wie ein zweiter Blasensphincter functioniren. Unter den Prostatahypertrophien unterscheidet B. excentrische und concentrische. Die ersteren sind unschuldig, da sie das Lumen der Harnröhre nicht berühren und dem Urinact kein Hindernis entgegensetzen wie die letzteren. Selbst in den Fällen, in denen die Vergrößerung zwar excentrisch, aber ungleichmäßig erfolgt und in Folge dessen der Urinabfluß behindert wird, geschieht das in weniger schwerem Grade als bei den weit häufigeren concentrischen Prostatahypertrophien. Diese können wieder totale oder partielle sein. Die Vergrößerung des Mittellappens allein oder combinirt mit der Hypertrophie eines Seitenlappens ist das größte Hindernis für den Urinact. Eigene histologische Untersuchungen lassen B. fibröse, glanduläre und Mischformen der Prostatahypertrophie unterscheiden. Die Sarcome und Carcinome werden nicht hierhin gerechnet. Unter den fibrösen Hypertrophien sind die sclerotischen Formen, bei denen es sich nicht um eine Hypertrophie handelt, nicht mit einbegriffen. Die adenofibröse Mischform ist die häufigste und ist Ursache der größten Tumoren. Sie befällt gewöhnlich die Seitenlappen und ist in einem Mittellappen ziemlich selten anzutreffen. Bei der multilobulären Form entstehen zwischen den einzelnen Lappen Falten und Taschen, die durch die Schleimhaut der Blase und der Harnröhre gebildet werden und welche die Dysurie wesentlich erhöhen. Gerade gegen sie leistet die neueste Technik viel. Bottini glaubt, daß die

Autoren vielfach eine durch das Greisenalter bedingte Dysurie mit der der Prostatiker verwechselt haben Die Angaben Thomson's und Brodie's dürfen deshalb nicht wörtlich genommen werden, sondern haben nur einen relativen Wert. 32jährige Untersuchungen haben B. gelehrt, daß in vielen Fällen von Ischurie keine Prostatahypertrophie, sondern nur eine Hypertrophie und Degeneration der Detrusorfasern bestand. B. unterscheidet drei Perioden der Erkrankung: in der ersten tritt Pollakiurie ohne Polyurie auf, im zweiten Stadium Dysurie und Polyurie, Harnverhaltung, Hämorrhoiden, allgemeine urämische Erscheinungen besonders des Gastrointestinaltractus und zuweilen Anfälle von Harnfieber. Das dritte Stadium wird durch absolute Harnverhaltung mit oder ohne Incontinenz (incontinentia paradoxa cystica), Blasentumor, Harnfieber und urämische Cachexie characterisirt. Ueber die Reaction des Urins hat B. andere Anschauungen als Guyon. B. unterscheidet scharf zwischen Urethralfieber und Harnfieber. Zur Therapie der Prostatahypertrophie übergehend, beschreibt B. die von ihm selbst eingeführten Instrumente und macht darauf aufmerksam, daß dieselben immer vor dem Gebrauch auszuprobiren sind. Der Incisor hat heute für B. ein weiteres Indicationsgebiet als der Cauter. Die mit ihm erzielten Erfolge sind radicaler und treten schneller ein. B. schneidet neuerdings nicht auf der Höhe der Geschwulst, sondern am unteren Niveau derselben ein. Zum Schluß werden die günstigen Erfolge besprochen. Recidive sind sehr selten. Dreyer (Köln).

VII. Blase.

Barbiani: **La lavatura della vessica in rapporto all' assorbimento.** (Gamberini Parmeggiani, Bologna. Ref. nach Gazz. degli osp. e delle clin. 1900, No. 57.)

Wenn Verf. Borsäure, Carbolsäure, Sublimat, Antipyrin, Chinin, Cocain, Strychnin oder Atropin in die Blase injicirte, so fand bei der ersten Spülung niemals eine Resorption statt. Eine Ausnahme bildete blos Jodkalium Bei weiteren Spülungen mit den genannten Mitteln wurden sie indes sämtlich resorbirt und zwar um so schneller, je mehr Spülungen stattgefunden hatten. Als Ursache der Resorption ließ sich niemals eine Veränderung am Blasenepithel constatiren, außer bei den Spülungen mit Sublimat und Carbolsäure, bei denen das oberflächliche Blasenepithel teilweise verloren ging. Diese Angaben beziehen sich sämtlich auf verdünnte Lösungen. Spülungen mit concentrirten antiseptischen Lösungen schädigten sofort das Epithel und führten zur augenblicklichen Resorption. Um die Resorption bei intactem Epithel zu erklären, muss man seine Zuflucht zu functionellen Störungen nehmen, die auch bei Retentio urinae bereits vorliegen. Dreyer (Köln).

Francisco Carbonell y Solés: **Estudio de la cistitis tuberculosa.**

Die vorliegende Monographie, welche von der Real Academia de Medicina y Cirugia in Barcelona preisgekrönt ist, verdient nicht gerade als spanische Arbeit über Blasentuberculose unser Interesse. Denn wir finden in der nicht spärlichen Litteratur über den Gegenstand kaum eine Arbeit, die von spanischer Seite herrührt, und in der Monographie selbst wird auf eine eigene Casuistik niemals Bezug genommen. Aber die klare und vollständige Schilderung des Krankheitsbildes macht das Buch recht anziehend.

Verf. betrachtet die Blasentuberculose meist als Localisationsausdruck einer bereits bestehenden, vielleicht latenten Tuberculose. Was die Diagnostik anlangt, so legt er den größten Wert auf die klinischen Erscheinungen und hält den Nachweis der Tuberkelbacillen in Anbetracht der vielfach vorgekommenen Verwechselungen für relativ wertlos. Sowohl hier wie in seiner Beurteilung der Anwendung der Cystoskopie bei der Blasentuberculose geht er entschieden zu weit. Letztere will er nur zur Feststellung des Fehlens von Tuberkeln im Allgemeinen anwenden.

Beim Ureterenkatheterismus spricht er nur von den älteren englischen Instrumenten, und die heute in der Welt meist gebrauchten deutschen Instrumente finden keine Erwähnung.

Auch für die Behandlung legt er den größten Wert auf die allgemeinen Regeln der Klinik der Tuberculose sowohl gegenüber der chirurgischen Behandlung, die er als Hilfsmittel, aber nicht als Lösung bezeichnet, wie gegenüber der Serotherapie, bei der er besondere von Duran in der „Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas“ im März publicirte Versuche anführt. Mit Rücksicht hierauf schließt er endlich: Klinisch, im Wesentlichen klinisch ist das Problem der Blasentuberculose. So ist es heute noch, morgen schon kann es anders sein.

Dreyer (Köln).

Suarez: **Dégénérescence polycystique de la muqueuse vésicale.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1900, No. 2.)

Sehr eingehend beschreibt S. in vorliegender Arbeit eine neue Erkrankungsform der Blase, wie sie durch mehrfache cystoskopische Untersuchungen sichergestellt werden konnte. Es handelte sich, wie schon der Titel besagt, um eine polycystitische Erkrankung besonders der vorderen Blasenwand. Die Ureteren waren frei geblieben. Die Beschwerden bestanden in vermehrten Mictionen und Bluthamen. Die Behandlung bestand in Blasenausspülungen resp. Instillationen von Höllenstein mit günstigem Erfolge.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

J. R. Dodd: **Penetrating wound of the Bladder and Rectum from the Buttock: Recovery.** (The British Medical Journal, 24. Februar 1900.)

Ein Arbeiter fiel mit der rechten Hinterbacke durch Nachgeben eines Seils, an dem er zog, auf die Spitze eines eisernen Ofenhakens. Diese drang zwei Zoll oberhalb des Anus durch das Rectum, durchbohrte die Prostata

und eröffnete die Blase. Durch einen Katheter entleerte sich reines Blut, aus dem Rectum wurden Kleiderfetzen entfernt. Wie bei einer Rectalfistel wurde die Wunde bis ins Rectum breit gespalten und die Blutung, welche ziemlich beträchtlich war, durch die gewöhnlichen Mittel gestillt. Aus dem Verweilkatheter, welcher wegen Reizerscheinungen nach drei Tagen entfernt werden mußte, entleerten sich Anfangs mit catarrhalischem Urin Faeces und Flatus. Der Urin wurde dann eine Zeit lang aus dem Anus gelassen, die Blase dreimal täglich ausgewaschen. Die Heilung der Wunden ging normal von Statten, eine Strictur der Harnröhre blieb nicht zurück. Völlige Restitutio. Blanck (Potsdam).

W. Renner: **A Case of Vesical calculus in Sierra Leone: Lithotomy.** (The British Medical Journal, 10. Februar 1900.)

Der Fall von Blasenstein bei einem 63jährigen Prostatiker, welcher durch Lithotomie entfernt wurde, ist interessant wegen der außerordentlichen Seltenheit derartiger Affectionen in Sierra Leone. Die erforderlichen Instrumente mußten, da in der Gegend keine aufzutreiben waren, erst aus London beschafft werden. Heilung. Blanck (Potsdam).

Dr. Georg Lotheissen (Innsbruck): **Zur Blasennaht beim hohen Steinschnitt.** (Wiener klin. Wochenschrift 1900, No. 9.)

Von der Blasennaht bei Sectio alta ist in diesen Monatsberichten häufig die Rede gewesen. Die wichtigsten der über diese Frage veröffentlichten zahlreichen Arbeiten sind s. Z. besprochen worden, und wir verweisen in dieser Beziehung insbesondere auf die eingehende Arbeit von Golischewski. Die vorliegende Arbeit L.'s stellt einen geringen, im Ganzen drei Fälle umfassenden Beitrag dar, die den Wert der Blasennaht bei Sectio alta documentiren. Im Uebrigen enthält die Arbeit mehr oder minder ausführliche Hinweise auf die früheren gleichen Veröffentlichungen, auf die näher einzugehen sich aus dem oben angegebenen Grunde erübrigt. Dagegen verdient die Angabe des Verf.'s hervorgehoben zu werden, daß für die Frage der Blasennaht die Veranlassung, die zur Vornahme der Sectio alta führt, von größter Wichtigkeit zu sein scheint. Bei Tumoren, die mit Vorliebe an der hinteren Blasenwand sitzen, ist es, falls man sie mit dem Thermocauter abgetragen hat, meist sicherer und angenehmer, die Blase offen zu halten und selbst zu tamponiren. Bei hohem Blasenschnitt wegen Tuberculose und diphtheritischer Cystitis ist gerade das Offenhalten therapeutisch notwendig. Auch bei Blasenruptur wird man sich, wenn es sich um die intraperitoneale Form handelt, mit Vernähung der Rupturstelle begnügen und die Wunde der Sectio alta, die man in diesem Falle meist ausführt, offen lassen. Handelt es sich um Verletzungen der Blase, wie sie z. B. bei Blasenbrüchen nicht selten beobachtet werden, so kann man in der Regel wohl die Naht ausführen, doch hat man es hier meist mit Blasenwunden zu thun, die zum Teil intraperitoneal liegen. Hier ist es daher

besser, nach der Blasennaht die äußeren Teile offen zu lassen und erst etwa nach acht Tagen die secundäre anzuschließen. Die Naht verbleibt somit hauptsächlich für die Fälle von Fremdkörpern und Steinen.

Lubowski.

Dr. Popow: **Beitrag zur Frage der vollständig schliessenden Harnblasennaht bei Sectio alta.** (Chirurgia. Medicinskoe Obosrenie 1900, B. 53, H. 5.)

Die Erfahrungen des Verf.'s umfassen im ganzen 24 Fälle von Sectio alta. In 23 Fällen wurde die Harnblase vollständig geschlossen, wobei in 18 Fällen Heilung per primam erzielt wurde. Die Heilung der Harnblasenwunde trat im Durchschnitt am 9. Tage, bei Eiterung der Abdominalwunde am 20. Tage ein. Die durchschnittliche Heilungsdauer der Harnblasenwunde nach mißlungener Naht betrug 33 Tage. In 23 Fällen wurde wegen Steinen, in einem Falle wegen Fremdkörpers in der Harnblase operirt. Die Blasennaht wurde nach der Methode von P. Skliffossoffski angelegt. Die Abdominalwunde wurde zuerst vollständig geschlossen, in letzter Zeit jedoch bis auf den unteren Winkel, in den ein Gazestreifen eingeführt wurde. In manchen Fällen wurde am ersten bis dritten Tage nach der Operation ein Nélaton-Katheter eingeführt. Alkalisch reagirender und eitriger Harn ist keine Contraindication zur Anlegung der vollständig schließenden Blasennaht. Letztere ist indicirt in sämtlichen Fällen von Sectio alta mit Ausnahme derjenigen Fälle, in denen die Harnblasenwände pathologisch verändert bezw. verdünnt sind und in denen die Wundränder bei der Steinextraction stark gelitten haben, d. h. in denjenigen Fällen, in denen eine prima intentio nicht erwartet werden kann. — Was den Wert der vollständig schließenden Blasennaht bei Sectio alta betrifft, so erhellt derselbe schon aus dem Umstande, daß selbst bei mißlungener Naht die durchschnittliche Heilungsdauer geringer ist, als bei offener Behandlung der Blasenwunde. Lubowski.

Dr. Kelly: **Eine neue Operationsmethode der Blasenscheidenfisteln.** (Der Frauenarzt 1900, Heft 1.)

Die große Schwierigkeit in der Behandlung gewisser Fälle von Blasenscheidenfisteln beruht auf zwei Umständen: zuerst kann die Fistel eine sehr erhebliche Größe besitzen, sodann kann sich um die Fistel herum ein so starres Gewebe befinden, daß der Widerstand desselben ein Zusammenbringen der Teile verhindert. In Fällen von weiter Fistelöffnung mit völligem Verlust der Basis der Vesica und mit rigidem Gewebe der betreffenden Scheidengegend bestand die alte Operationsweise in der Eröffnung des Douglas, in der Umstülpung der Gebärmutter, so daß dann der Fundus in die Scheide eingeführt wurde, in dem Annähen der Blase an die hintere Uteruswand, so daß diese als Basis für die Vesica diente, und schließlich in der Anlage einer Oeffnung im Grunde der Gebärmutter, durch welche die Menstruation vor sich gehen konnte. Die wichtigste neue Entdeckung nun besteht in der Erkenntnis der Thatsache, daß das Blasengewebe selbst

nicht oft ernstlich in das rigide Gewebe verstrickt ist, so daß das Blasengewebe abgezogen und für sich ebenso geschlossen werden kann wie die vaginale Fistelöffnung.

In einem entsprechenden Falle hat Verf. vermittelst einer suprapubischen Incision und durch die Schleimhaut der Blase hindurch die Fistel ausgedehnt, gelockert und unter Verminderung der Blasencapacität geschlossen. Lubowski.

Dr. S. Spassokonkozky (Smolensk): **Eine neue Methode, Vesico-Vaginalfisteln zuzunähen.** (Centralbl. f. Gyn. 1900, No. 25.)

Um eine Fistel zu heilen, muß man 1. ihren Rand gut auffrischen und 2. dieselbe fest zunähen. Verf. hat nun einen neuen Handgriff angewandt, welcher ihn die Fistel mit einem gewöhnlichen Scalpell so leicht zu spalten gestattete, als ob er mit ihm in eine Hautoberfläche schnitt. Er teilt die Operation in 4 Momente ein: 1. Anlegung der Ligaturen auf die Blasenhälfte des Fistelrandes. 2. Ringförmige Spaltung der eine Röhre durch die Spannung darstellenden Fistel mit einem gewöhnlichen Scalpell. 3. Die Einziehung der Ligaturen in die Urethra mittels einer Sonde. 4. Einstöckige Naht des vaginalen Teiles des Fistelrandes. Immerwahr (Berlin).

VIII. Ureter, Niere etc.

Prof. Dr. Bier (Greifswald): **Ueber die Ursachen der Herzhypertrophie bei Nierenkranken.** (Münchener med. Wochenschrift 1900, No. 16.)

Nachdem Bier die früheren Ansichten über die Ursachen der Entstehung der Herzhypertrophie bei Nierenkranken einer kurzen Besprechung unterworfen hat, so die Ansichten von Traube, Bright, Johnson, O. Israel, spricht er seine eigene Meinung dahin aus, daß in der Herzhypertrophie und den sie begleitenden Gefäßveränderungen eine reine compensatorische Hypertrophie, also etwas Nützliches und Notwendiges zu sehen ist, ohne welches ein Weiterleben nicht möglich wäre. Bier ist der Anschauung, daß diese Drucksteigerung nach einfachen physikalischen Gesetzen sich gar nicht anders herstellen läßt, als wir es im nierenkranken Körper finden.

Loeb (Berlin).

G. Kobler (Sarajevo): **Zur klinischen Bedeutung der Harncylinder.** (Wiener medic. Wochenschrift 1900, No. 14.)

K. hat sich seit einer Reihe von Jahren, als klinischer Assistent in Wien und in seiner jetzigen Stellung als Primararzt des bosnisch-herzegovinischen Landesspitals zu S., mit der Frage beschäftigt, inwieweit das

Vorkommen von Formelementen jeder Art, auch granulirten und epithelialen Cylindern, im Harne auf das Vorhandensein einer wirklichen schweren Erkrankung der Nieren schließen läßt K. ist nun zu der Ueberzeugung gekommen, daß die diagnostische Bedeutung der Cylindergebilde wohl eine große ist, daß ihr Nachweis aber nicht unbedingt und mit Sicherheit, selbst wenn sie in großen Mengen sich zeigen, für Nephritis spricht, sondern daß auch gewisse Erkrankungen benachbarter Organe unter besonderen Umständen vorübergehende Störungen in der Niere hervorrufen können, welche sowohl Albuminurie als auch das Auftreten von Cylindern jeder Art, also auch granulirter und epithelialer, veranlassen. Besonders macht K. auf eine Gruppe von Erkrankungen aufmerksam, bei welchen Affectionen des Darmtractes vorübergehender, aber mehr minder schwerer Natur bestanden und als Folgezustand derselben neben oder ohne Albuminurie hyaline, granulirte und epitheliale Cylinder im Harnsedimente parallel mit der Acuität der Darmsymptome auftraten und verschwanden. Seit dem Jahre 1890, wo er a. a. O. einen Fall foudroyanter Gastroenteritis veröffentlicht hatte, bei welchem nach vorübergehender Anurie im erstgelassenen Harne Albuminurie und außer hyalinen auch große Mengen von granulirten und epithelialen Cylindern nachweisbar gewesen waren, hat R. fast alljährlich derartige Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, von denen er einen der jüngsten Zeit eingehender schildert. Es handelte sich in diesem um einen 38jährigen Mann, welcher, angeblich nach dem Genusse von Kartoffeln und Speck, plötzlich an profusen Darmentleerungen, reichlichem Erbrechen, Kopfschmerzen, Wadenkrämpfen erkrankt war; dazu trat drohender Collaps, kleiner, fadenförmiger, stellenweise aussetzender Puls, vollkommene Trockenheit der Haut, die sich in Falten abheben ließ. Vollständige Anurie. Erst nach 24 Stunden gelingt es, mit dem Katheter 150 ccm Harn zu entleeren: dieser enthält wenig Eiweiß, dagegen massenhaft breite hyaline, mit Epithelien besetzte und granulirte Cylinder; sehr spärliche rote Blutkörperchen. Am nächsten Tage war das Albumen verschwunden, es blieben noch spärliche Cylinder zurück, die nach einigen Tagen ebenfalls nicht mehr vorhanden waren. Vollkommene Heilung nach 10 Tagen.

Nun kommen allerdings auch im Gefolge von Nierenkrankheiten profuse Darmentleerungen vor, so daß also auch an die Möglichkeit des primären Vorhandenseins der Nierenkrankheit mit secundärer Enteritis gedacht werden könnte; indessen die Thatsache, daß die Harnveränderungen gleichzeitig mit dem pathologischen Darmzustande verschwinden, giebt den richtigen Standpunkt für die wahre Beurteilung des Krankheitsbildes. Dazu kommt nun ferner die mehrfache Beobachtung, daß bei dem den diarrhoischen Zuständen entgegengesetzten Symptomencomplexe, nämlich bei mit Obstipation einhergehenden Darmaffectionen, gleichfalls die geschilderten Veränderungen des Harnbildes in mehr minder ausgeprägter Form zum Vorschein kamen. R. weist darauf hin, daß er bereits früher auf dieses Vorkommnis aufmerksam gemacht hat. Wiederholt hat er auch jetzt Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, wo Kranke mit heftiger Obstipation Albumen im Harn

und noch häufiger Cylinderausscheidungen ohne Albuminurie aufwiesen. Die Krankengeschichte eines der Fälle wird ausführlicher berichtet; in diesem zeigte der erstgelassene Harn kein Albumen, dagegen im Sedimente vereinzelte hyaline Cylinder und Cylindroide, zahlreiche weiße, vereinzelte rote Blutkörperchen, Nierenepithelien; die nächstgelassenen Harne boten immer weniger Cylinder dar, bis schließlich mit dem Tage des Aufhörens der Darmerscheinungen auch der Harn ein völlig normales Bild zeigte. Weiterhin konnte K. sogar feststellen, daß auch bei jenen Patienten, welche während ihrer acuten diarrhoischen Erkrankungen Harnveränderungen dargeboten hatten, in späteren Zeiten, als sie gerade an Verstopfung litten, Spuren von Albumen und Cylinder im Harne auftraten.

Die Ursache nun zur Erklärung dieser Befunde sieht R. in der enormen Schmerzhaftigkeit, mit der diese Fälle acuter Obstipation einhergehen und welche reflectorisch auf die Nierengefäße einwirkt; er nimmt eine vorübergehende Ernährungsstörung der Nierenepithelien in Folge Contraction der Nierengefäße an Der Resorption von Zersetzungsproducten vom Darme aus möchte er bei der Erzeugung des geschilderten Krankheitsbildes eine Rolle nicht mehr zuschreiben. Es hat sich nämlich bei längerer Beobachtung gezeigt, daß an denselben Individuen während hartnäckiger Obstipation, wenn keine Schmerzhaftigkeit damit verbunden ist, auch keine Veränderungen im Harne auftreten, während jedesmal, sobald eine etwas heftigere Schmerzhaftigkeit sich einstellt, zum mindesten Cylinder hyaliner Natur auftreten; ja K. war sogar in der Lage, direct aus der Beschaffenheit des Harnsediments einen Schluß darauf zu ziehen, ob die Obstipation mit Schmerzhaftigkeit verbunden war oder nicht.

Das praktische Interesse, welches diese Mitteilungen bieten, liegt nach R. insbesondere darin, daß sie zeigen, daß auch zahlreiche hyaline und selbst granulirte Cylinder in größeren Mengen vorkommen können, ohne daß irreparable Störungen der anatomischen Nierenelemente bestehen. Es kommt dies differentialdiagnostisch in Betracht, indem man sich in derartigen Fällen nicht etwa durch den Untersuchungsbefund des Harnsedimentes bewegen lassen darf, eine Nierenaffection als Grundursache anzunehmen, wo nur die Consequenz der schmerzhaften Obstipation besteht.

E. Samter (Berlin).

Prof. Martius (Rostock): **Constitutionelle Albuminurie.** (Klin.-therap. Wochenschrift 1900, No. 9.)

Die Frage, ob es eine physiologische Albuminurie giebt oder nicht, ist immer noch nicht entschieden. Die Verschiedenheit der Antworten auf diese Frage beruht eigentlich nur auf einer Begriffsverwirrung, auf einer Unklarheit des biologisch-klinischen Denkens. Gewöhnt, die Albuminurie als das wichtigste und geradezu typische Symptom der diffusen Nierenentzündung (des Morbus Brightii) anzusehen, war man überrascht, bei systematischer Urinuntersuchung nicht nur schwerer Hospital-Kranker, sondern auch gesunder Menschen oder ambulanter Leichtkranker vielfach

auf Fälle echter nephrogener Albuminurie zu stoßen, bei denen alle sonstigen auf die Nieren hinweisenden Krankheitserscheinungen fehlten, und bei welchen der weitere Verlauf ergab, daß eine echte Nephritis, ein Brightismus, unmöglich vorliegen könne. Wenn man solche Albuminurien im Gegensatze zu den anerkannten pathogenen als physiologisch bezeichnete, so sollte damit offenbar nur gesagt werden, daß ihnen eine ernstere Bedeutung nicht zukomme; immerhin hat diese Bezeichnung zu den schlimmsten Verwirrungen geführt. Verf. ist nun bestrebt, den Begriff der nicht pathogenen Albuminurie einheitlich klarzulegen.

Es ist ein physiologisches, d. h. ein für die überwältigende Mehrzahl gesunder Menschen geltendes Gesetz, daß ihre Glomerulusepithelien das Bluteiweiß zurückzuhalten befähigt sind. Eine physiologische Albuminurie giebt es nicht. Ebenso ist es ein pathologisches Gattungsgesetz, daß alle schweren Veränderungen des Nierenparenchyms entzündlicher und degenerativer Art dasselbe für Eiweiß durchlässig machen. Während es von diesem Gattungsgesetze keine Ausnahme giebt, zeigt die Erfahrung, daß Reize leichterer Art, die zwar nicht mehr als physiologisch bezeichnet werden können, aber doch nicht intensiv genug sind, um unter allen Umständen das anatomische Gefüge der Nierenepithelien zu lockern und damit unter allen Umständen Albuminurie zu erzwingen, in einem wechselnden Procentsatze der Fälle leichte, meist mit der Veranlassung vorübergehende Eiweißausscheidung auszulösen im Stande sind. Hierher gehört die Stauungsalbuminurie, die febrile, die Graviditäts- und ähnliche Albuminurien. Zu ihrer Entstehung genügen die genannten Reize nicht. Denn sonst würden sie unter sonst gleichen Verhältnissen bei keinem Individuum fehlen. Ihr Auftreten beweist daher individuell größere Schwäche, ihr Ausbleiben unter denselben Bedingungen individuell größere Widerstandsfähigkeit der specifischen Elemente. Diese individuelle Variabilität der Reizbarkeit bezüglich Widerstandsfähigkeit liegt, so groß sie ist, doch gewissermaßen noch innerhalb der Breite des Normalen, d. h. gattungsmäßig Zulässigen. Denn immerhin gehören abnorme, über das physiologische Maß hinausgehende, also krankhafte Reize, wie Stauung durch Kreislaufsstörung, erhöhte Bluttemperatur u. s. w. dazu, um die abnorme Function, eben die Eiweißausscheidung, auszulösen. Man könnte auch sagen, es gäbe eine Anzahl Individuen, deren Nierenepithelien mit einer so ungewöhnlich hohen Widerstandskraft ausgestattet sind, daß sie krankhaften Reizen widerstehen, denen die der übrigen erliegen. Ein statistischer Nachweis, ob die größere Widerstandsfähigkeit der einen oder die größere Schwäche der anderen die Majorität ausmacht, läßt sich deswegen nicht erbringen, weil derselbe Gleichheit der auslösenden Reize voraussetzt. Aber auch diese variiren in erheblichster Weise. So bleibt denn nichts weiter übrig, als zu sagen, daß abnorme Reize, die an sich nicht genügen, unter allen Umständen den pathologischen Effect zu erzielen, zur Erzeugung der Functionsstörung um so schwächer sein können, je geringer die angeborene oder erworbene Vitalität des gereizten Gewebes ist, und umgekehrt. Der höchste Grad specifischer Gewebsschwäche liegt aber dann vor, wenn es

nicht einmal abnormer Reize bedarf, um die abwegige Function — auch bei Unversehrtheit des histologischen Gefühles — auszulösen, wenn vielmehr zur Erzielung dieses Effectes die gewöhnlichen, d. h. unvermeidlichen Lebensreize genügen. Hierher gehört die von Heubner sog. orthotische Albuminurie. Da aber solche Individuen auch auf andere, für ihre Mitmenschen durchaus unschädliche und ganz allgemein als normal zulässig betrachtete Reize, wie mäßigen Alkoholgenuß, geistige Anstrengung, irgendwie veränderte Lebensweise mit einer sonst fehlenden Eiweißausscheidung reagiren, so erweist sich der Ausdruck „Orthotisch" als ebenso zu eng, wie die von Pavy gebrauchte Bezeichnung cyklisch, wenn beide auch nicht so principiell falsch sind, wie die Characterisirung dieser Albuminurie als physiologisch. Da das Wesen der Sache in einer von der Norm abweichenden, also unphysiologischen Anlage beruht, die selbst noch nicht Krankheit ist, jederzeit aber zur Krankheit werden kann, so hat Verf. die fraglichen Albuminurien oben als constitutionell bezeichnet. Die practischen Consequenzen dieses Standpunktes sind klar. So lange im Urin die Zeichen der Entzündung oder Degeneration (Cylinder) und im Organismus die Folgeerscheinungen des Brightismus (Herzhypertrophie, Pulsspannung, Retinitis albuminurica etc) fehlen, so lange schließt man Nierenerkrankungen aus, diagnosticirt aber nicht physiologische Albuminurie, die gleichgiltig läßt und nachlässig macht, sondern constitutionelle Nierenschwäche, die, wenn auch noch keine Krankheit, so doch eine dauernde Gefahr für ihren Träger ist. Wer an constitutioneller Albuminurie leidet, ist mehr als ein Anderer in Gefahr, der Nierenschrumpfung zu verfallen. Weiß er das erst, so weiß er auch, daß er bis zu einem gewissen Grade sein Schicksal selbst in der Hand hat. Er muß, um gesund zu bleiben, auf Lebensfreuden verzichten, die für seine Altersgenossen durchaus erlaubt sind. Alkoholgenuß selbst mäßigen Grades und sportliche Bethätigung jeder Art, um nur das Wichtigste hervorzuheben, sind ihm versagt, aber nur so lange als — ausweislich der Functionsprüfung — die krankhafte Anlage besteht. Denn auch die abnorme Organschwäche kann unter günstigen Bedingungen abnehmen oder besser gesagt, das Organ kann sich kräftigen. Die ärztliche Fürsorge hat daher nicht blos auf die möglichste Fernhaltung der Schädlichkeiten sich zu beschränken, die aus der Anlage die Krankheit machen, sie hat die weitere und höhere Aufgabe, durch vorsichtige, aber zweckmäßige Uebung das Organ zu stärken und so die krankhafte Anlage zu überwinden. Und das läßt sich in der That erreichen, wie sich Vortr. durch eigene Erfahrung durchaus überzeugt hat. Kinder mit entzündlicher oder degenerativer Albuminurie (z. B. nach Scharlach) legt er in's Bett, bis die Krankheit ausgeheilt ist. Junge Menschen mit rein constitutioneller Albuminurie zu dauernder Bettruhe zu verdammen, hat sich als ausgesprochener therapeutischer Fehler erwiesen. Wenn sie nach Wochen oder Monaten wieder aufstehen, weil sie im Gefühle der Gesundheit schließlich mit dem besten Willen nicht länger im Bette zu erhalten sind, so ist die orthotische Albuminurie wieder da und eine gewisse allgemeine Muskelschwäche, wenn nicht Schlimmeres (man denke an

die Gefahren der Masturbation!) dazu. Sehr vorsichtige und systematische Trainirung unter strengster Fernhaltung wirklicher Schädlichkeiten (des Alkohols und der Ueberanstrengung) scheint dagegen nicht nur den Ausbruch der wirklichen Erkrankung auf dem Boden der angeborenen Schwäche hintanhalten zu können, sondern schließlich günstigen Falles diese selbst zu beseitigen. Lubowski.

Sternberg: **Fall von Nephrotyphus.** (Gyógyászat 1900, No. 27. Ref. nach Pester med.-chirurg. Presse 1900, No. 23.)

Der 22jährige Patient wurde am 24. April in das Spital aufgenommen. Er ist seit einigen Tagen krank, somnolent, klagt über heftige Schmerzen in der Leisten- und Kreuzgegend, so daß an eitrige Entzündung der Articulatio sacroiliaca gedacht wurde. Am nächsten Tage trat Meteorismus auf, Obstipation, Brechreiz, große Empfindlichkeit im Abdomen, so daß das Bild einer Peritonitis glich. Sodann traten Symptome von Blasenparese auf, so dass der bewußtlose Patient katheterisirt werden mußte. Nach drei Tagen war der spontan entleerte Harn stark blutig, enthielt reichlich Albumen, so daß die hämorrhagische Nephritis zweifellos war. Profuse Bronchitis, Milztumor, Extremitätenzittern, trockene Zunge, Subsultus tendinum, constant hohes Fieber, Decubitus; nach acht Tagen trat Exitus ein. Lubowski.

Dr. Haenel: **Nephritis bei Varicellen.** (Centralblatt für innere Medicin 1900, No. 19.)

Während einer Varicellenepidemie in der Keuchhustenabteilung des Stadtkrankenhauses zu Dresden-Friedrichstadt kam folgender Fall zur Beobachtung: einjähriges, kräftiges Mädchen, Keuchhusten nur in Resten vorhanden; während desselben waren zweimal rasch vorübergehende leichte Fiebersteigerungen aufgetreten, für die eine leichte Bronchitis resp. bronchopneumonische Verdichtung der Lunge verantwortlich gemacht wurde. Am 8. Januar 1900 plötzlich hohes Fieber (40,0), ohne daß Anfangs eine Ursache dafür nachweisbar war. Am zweiten Tage gelang es Urin aufzufangen und in demselben Eiweiß in ziemlicher Menge nachzuweisen (4—5 ‰). Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von hyalinen und gekörnten Cylindern und weißen Blutkörperchen in mäßiger Anzahl; rote Blutkörperchen waren nicht auffindbar. Das Fieber bestand in Form einer Continua sieben Tage, dabei war das Allgemeinbefinden auffallend wenig gestört und die anderen Organe blieben dauernd intact. Oedeme traten nicht auf. Am achten Tage fiel das Fieber ziemlich steil ab, am zehnten stieg die Temperatur wieder etwas an, zugleich trat ein einzelnes, mit leicht getrübtem Serum gefülltes Bläschen am Kinn auf, das zwar nicht ganz typisch aussah, aber doch als Varicelle angesprochen werden mußte, als zwei Tage später noch einige wenige, im Ganzen fünf Efflorescenzen in ganz characteristischer Form sich zeigten, die bald in der gewöhnlichen Weise unter Zurücklassung einer kleinen Borke eintrockneten. Der Eiweißgehalt des Urins war allmählich gesunken, vom 10. oder 12. Tage an war

Eiweiß nicht mehr nachweisbar und kehrte auch in der Folgezeit nicht wieder.

Auf die Anfangs unerklärliche Nephritis fiel etwas Licht, als die Varicellen sich entwickelten; es lag nahe, beide Erkrankungen unter einander in Zusammenhang zu bringen. Zwar kommen gerade bei Kindern auch primäre infectiöse Nephritiden vor mit ähnlichem Fieberverlaufe, und es läge die Möglichkeit vor, in der vorhergehenden Lungenaffection vielleicht eine Eingangspforte für die specifischen Mikroorganismen zu suchen. Doch ist diese primäre Nephritis bezüglich ihrer Aetiologie noch eine ziemlich unklare Krankheitsform und von einer Infection durch die Luftwege findet man nirgends etwas erwähnt. Auf der anderen Seite ist der zeitliche Zusammenhang zwischen Nephritis und Exanthem in vorstehendem Falle ein so enger und trotz seiner Ungewöhnlichkeit, wie eine Umschau in der Litteratur ergiebt, doch nicht ohne Analogien, daß die Betrachtung beider Symptome unter gemeinsamem Gesichtspunkte die meiste Aussicht auf Klärung des Falles bieten dürfte. Das Ungewöhnliche an dem Falle war der Umstand, daß die Nephritis vor dem Ausbruche des Exanthems, gewissermaßen als Begleiterscheinung, auftrat.

Der Fall gewinnt noch an Klarheit durch die Beobachtung, daß der Character der Epidemie im betreffenden Krankenhause offenbar zu Nierenaffectionen neigte. Bald nachdem das erwähnte Kind gesund geworden war, erkrankte ein anderes an Varicellen in einer ziemlich schweren Form: mehrere Schübe zahlreicher Eruptionen mit sieben Tage langem Fieber und Heilung unter Bildung kleiner, vertiefter, zum Teil pigmentirter Narben, die noch jetzt sichtbar sind. Sieben Tage nach der Entfieberung stieg die Temperatur plötzlich wieder auf 40,2 und als einzige Fieberursache ließ sich eine Nephritis nachweisen, diesmal hämorrhagischer Art; im Urin fanden sich neben spärlichen hyalinen Cylindern weiße und ziemlich zahlreiche rote Blutkörperchen. Nach weiteren sechs Tagen war der Harn wieder eiweißfrei. Bei einem dritten Kinde war ebenfalls einige Zeit nach dem Eintrocknen der Varicellenbläschen ein paar Tage lang Eiweiß im Harn nachweisbar; die mikroskopische Untersuchung war bei diesem wegen der Schwierigkeit der Gewinnung nicht möglich gewesen; von Fieber war in diesem Falle die Albuminurie nicht begleitet. Von im Ganzen sechs Varicellenfällen boten also gerade die Hälfte, drei, Complicationen mit Nierenerkrankungen dar. Lubowski.

Bat Smith: **Malarial Haematuria.** (The New York Medical Journal, 3. und 10. Februar 1900.)

Nach einer geschichtlichen Uebersicht über die bis in's Altertum zurückgreifende Litteratur der Hämaturie bei Malaria bespricht Verf. die Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptome und Behandlung dieser Krankheit. Hervorzuheben ist die entschiedene Stellungnahme gegen die Anwendung des Chinins. Fünf ausführliche Krankengeschichten beschließen die lesenswerte Abhandlung. Blanck (Potsdam).

Dr. Groedel (Bad Nauheim): **Zur Behandlung der chronischen Nierenaffectionen.** (Vortrag, gehalten auf der 21. Versamml. der Balneolog. Ges. zu Frankfurt a. M. Deutsche Med.-Ztg. 1900, No. 27.)

Verf. hat in seiner badeärztlichen Praxis bei chronischen Nierenaffectionen gute Resultate durch Badekuren mit kohlensauren Soolbädern erzielt. Bezüglich der Wirkungsweise dieser Badekuren nimmt Verf. vor allem an, daß die dabei stattfindende Anregung der Hautthätigkeit auf das Nierenleiden in gleicher Weise wie bei den schweißtreibenden Proceduren einwirken kann. Zuweilen findet wohl eine Verminderung des Eiweißgehaltes des Urins und auch der Formelemente während der Kur statt Ferner konnte die mit Badekuren verbundene Förderung des Gesamtstoffwechsels günstig wirken, indem vielleicht im Körper zurückgehaltene, Nieren, Herz und Gefäße reizende Stoffe zur Ausscheidung gebracht werden. Sicher constatirt ist allerdings nur die günstige Wirkung der Kur auf die Herzthätigkeit, Besserung der gestörten Kreislaufsverhältnisse und damit Verminderung der subjectiven Beschwerden der Patienten. Und hier liegt auch die hauptsächlichste Bedeutung der kohlensauren Soolthermen für die Behandlung der hier in Betracht kommenden Fälle. Die durch den Kohlensäurereiz bedingte active Erweiterung der peripheren Gefäßbezirke, die die Herzarbeit erleichternde Herabsetzung des Blutdruckes führen zu einer Schonung des Organs und ermöglichen dadurch eine Stärkung desselben, welche noch weiter gefördert wird durch den directen stimulirenden und tonisirenden Einfluß der kohlensäurehaltigen Bäder. Die während der Kur oft beobachtete Steigerung der Diurese führt Verf. mehr auf die ausgiebiger gewordene Herzarbeit zurück, als auf eine directe Einwirkung auf die Nieren selbst. Der Erfolg der Behandlung setzt eine möglichst sorgfältige Indicationsstellung voraus. Für die Kur mit kohlensauren Soolbädern sind streng genommen nur jene Patienten mit Schrumpfniere geeignet, bei welchen nur die ersten und leichteren Symptome der Kreislaufsstörung vorliegen. Contraindicirt für eine Badekur sind:

1. Fälle von chronischer parenchymatöser Nephritis, sowie auch solche Fälle von secundärer Schrumpfniere, bei welchen es von Zeit zu Zeit zu Nachschüben von parenchymatöser Nephritis mit Steigerung der ausgeschiedenen Eiweißmengen oder blutigem Harn kommt.

2. Fälle von Schrumpfniere, bei welchen die Kreislaufsstörung bereits so weit vorgeschritten ist, daß bei stark dilatirtem und insufficientem Herzen stärkere Stauungserscheinungen, hochgradige Dyspnoe, Appetitlosigkeit u. s. w. sich eingestellt haben.

3. Fälle, in welchen sich mit der Schrumpfniere stark ausgeprägte Arteriosclerose combinirt, und endlich überhaupt alle solche Fälle, in welchen es schon einmal zu einem apoplectischen Anfalle oder zu acutem Lungenödem gekommen ist oder in welchen sich Cheyne-Stokes'sches Atemphänomen zeigt.

Die Bäder sind nicht unter $31\frac{1}{2}$ Grad zu verabreichen und ihre Dauer ist auf 10—12 Minuten zu beschränken. Lubowski.

Goldzieher: **Ueber die Anatomie der bei Morbus Brightii vorkommenden Netzhautablösungen.** (Pester medicinisch-chirurgische Presse 1900, No. 8.)

Trotzdem die albuminurischen Netzhautablösungen ziemlich selten sind, so besitzen sie doch die größte Bedeutung, weil die Erfahrung lehrt, daß sie im Gegensatz zu den myopischen Formen der Netzhautablösung der Spontanheilung zugänglich sind. Zu den etwa 20 bis jetzt in der Literatur veröffentlichten Fällen fügt nun Verf. einen neuen hinzu, der besonders geeignet ist, das Zustandekommen der Ablösung bei Morbus Brightii zu erklären. Der Fall betrifft ein 22jähriges, erblich nicht belastetes und sonst niemals krank gewesenes Mädchen, das drei Wochen vor der Aufnahme an einer profusen Nasenblutung erkrankte, wonach sich ihr Sehvermögen scheinbar verschlechterte. Der Befund bei der Aufnahme ist folgender: Höchstgradige Anämie, Oedem der Lider und der Füße. Vollständige Blindheit. Die Pupille erweitert, starr, die Augenmedien beiderseits vollkommen normal, durchsichtig, speciell am Glaskörper keine Trübung oder Blutung. Am rechten Augenhintergrunde ist die Papille weiß, die Gefäße im höchsten Grade verdünnt, so daß die Arterien in keiner Weise hervortreten, die Venen nur als dünne, rote Fäden sichtbar sind. Gegen die Peripherie jedoch erweitern sich die Venen allmählich, und sind stellenweise (so die Vena nasalis superior) hochgradig geschlängelt und erweitert. Die Netzhaut zeigt das ausgesprochene Bild eines mächtigen Oedems, in der Macula lutea der bekannte kirschrote Fleck. Ausgebreitete weiße Plaques umgeben wie ein Kranz die Papille, außerdem finden sich noch zahlreiche hellglänzende, wachsähnliche Herde und zahllose Blutungen in den centralen Anteilen der Netzhaut, während die äußerste Peripherie wieder ein normales Aussehen zeigt. Der Befund ist auch im linken Auge fast identisch, nur fehlt daselbst der kirschrote Fleck der Macula. Im Harn sind Eiweiß und Fibrincylinder zu finden. Herzhypertrophie. Die Kranke bekommt noch desselben Tages eine neuerliche Nasenblutung, mußte tamponirt werden und starb nach einigen Tagen Die Section ergab diffuse chronische Nephritis in stadio atrophico granuloso etc.

Die mikroskopische Untersuchung des in toto geschnittenen Bulbus ergab zunächst den bekannten Befund bei Retinitis ex morbo Brightii: Sclerose der Gefäße in den verschiedensten Graden, bis zur vollständigsten Verschließung der Lumina, zahlreiche Blutungen und ein Oedem, das in den centralen Anteilen der Retina am mächtigsten ist, jedoch auch in der Peripherie noch wahrnehmbar ist und in der Ora serrata zu cystenartigen Erweiterungen geführt hat. Ferner zeigte sich, daß die ganze centrale Partie der Netzhaut, soweit das ophthalmoskopisch sichtbare mächtige Oedem reichte, abgelöst war, wobei auf Grund des Befundes mit Bestimmtheit angenommen werden konnte, daß die Ablösung der Retina lediglich ein Folgezustand des Oedems der Retina war und daß dabei jede Zugwirkung von Seiten des Glaskörpers auszuschließen war. Lubowski.

Dr. Kümmell: **Die Feststellung der Functionsfähigkeit der Nieren vor operativen Eingriffen.** (Archiv für klinische Chirurgie 1900, No. 3.)

Die Feststellung der Functionsfähigkeit der Nieren ist bekanntlich für das erforderliche operative Vorgehen von einschneidender Bedeutung, und von diesem gegenwärtig allgemeinen Standpunkte ausgehend, begrüßt Verf. mit Freuden die in der letzten Zeit auf dem Gebiete der Nierendiagnostik gemachten Fortschritte. Außer der Radiographie zollt Verf. die höchste Anerkennung der Einführung und weiteren Ausbildung des Ureterenkatheterismus, den er als ein unschätzbares und unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel betrachtet. „Was man lange Jahre,“ sagt Verf. wörtlich, „vergeblich erstrebt und durch complicirte Apparate zu erreichen suchte, das Secret jeder einzelnen Niere gesondert aufzufangen und sich dadurch von dem Vorhandensein zweier Organe und ihrer Functionsfähigkeit Kenntnis zu schaffen, was man selbst durch eingreifende Voroperation, durch den Blasenschnitt, nur mühsam und nicht ohne Gefahr erreichen konnte, ist durch die geniale Erfindung des Ureterenkatheterismus in gefahrloser und bei einiger Uebung unschwerer Weise möglich gemacht. Der Ureterenkatheterismus, welcher den Glanzpunkt der so erfolgreich geübten Cystoskopie bildet, ist eines der wichtigsten, wenn nicht das wichtigste Hilfsmittel für die Diagnose der chirurgischen Nierenerkrankungen. Durch die Cystoskopie allein gelingt es zwar oft, die Ureterenmündungen und den Austritt des Harns aus denselben zu beobachten, jedoch ist es einzig und allein der Ureterenkatheterismus, der fast ausnahmslos mit Sicherheit den Nachweis gestattet, ob beide Nieren vorhanden sind, ob eine oder beide Nieren secerniren; er gestattet ferner, das Secret jeder einzelnen Niere besonders aufzufangen und auf seine Beschaffenheit in den verschiedenen Richtungen hin (chemischer, physikalischer, bacteriologischer etc.) eingehender zu untersuchen und eventuell die ungefähre Menge des von jeder einzelnen Niere in einer gewissen Zeit ausgeschiedenen Urins festzustellen. Immerhin wird es Fälle geben, welche nur mit großer Schwierigkeit oder gar nicht den Katheterismus der Harnleiter auszuführen gestatten. Diese Vorkommnisse werden natürlich um so seltener sein, je mehr Uebung der Untersuchende erlangt hat. Doch können beispielsweise Schrumpfblase, eigentümliche Lagerungen der Ureterenmündungen, trüber Inhalt der Blase ausnahmsweise den Katheterismus unmöglich machen.“

Allerdings gab der Ureterenkatheterismus bisher wohl über die Beschaffenheit des Secrets der einzelnen Niere in chemischer und mikroskopischer Beziehung Aufschluß, nicht aber darüber, ob die Functionsfähigkeit und Arbeitsleistung der Nieren überhaupt eine gesunde ist, ob von vorn herein eine Niereninsufficienz besteht, welche einen erfolgreichen chirurgischen Eingriff ausschließen muß. Die neueren Untersuchungen und Erfahrungen haben jedoch gezeigt, daß auch in dieser Beziehung dem Ureterenkatheterismus eine sehr wesentliche Bedeutung zukommt. Die Gefahren aber, welche mit

dem Ureterenkatheterismus verknüpft sind, hält Verf. für sehr gering. Er selbst hat in recht zahlreichen Fällen bis jetzt noch niemals irgend einen Nachteil des Verfahrens erlebt.

Es giebt eine Anzahl Methoden, welche zum Teil in relativ einfacher Weise ausgeführt werden und über die Leistungsfähigkeit und Insufficienz der Nieren Aufschluß geben können. Diese sind

1) die Bestimmung des Harnstoffs,

2) die Bestimmung des Gefrierpunktes des Blutes,

3) die Bestimmung des Gefrierpunktes des Urins,

4) Die Gefrierpunktsbestimmung des jeder einzelnen Niere durch den Ureterenkatheterismus entnommenen Urins.

Verf. geht nun auf jede einzelne dieser Methoden ein und gelangt auf Grund seiner eigenen Untersuchungen sowohl wie auch auf Grund der einschlägigen Litteratur zu dem Schlusse, daß eine ungenügende Ausscheidung des Harnstoffes, ein Heruntergehen der Tagesmengen unter die Hälfte (ca. 16 g) die Annahme einer Niereninsufficienz nahelegt und event. die operative Entfernung der Niere bedenklich erscheinen läßt. Bei normal functionirenden Nieren beträgt die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes 0,56. Eine Niere mit normaler Arbeitsleistung reicht zur Erhaltung des Gefrierpunktes auf 0,56 aus. Eine Zunahme der Gefrierpunktserniedrigung auf 0,58—0,60 und darüber zeigt an, daß beide Nieren mangelhaft functioniren. Von einem operativen Eingriff ist so lange Abstand zu nehmen, bis der Gefrierpunkt von annähernd 0,56 erreicht ist. Die Gefrierpunktserniedrigung des Urins unter 0,9 legt die Annahme einer Niereninsufficienz nahe. Einen weit sichereren Anhaltspunkt über die Functionsfähigkeit jeder einzelnen Niere giebt die Untersuchung des jedem Organ gesondert durch den Ureterenkatheterismus entnommenen Urins auf Harnstoffmenge und vor allem Gefrierpunktserniedrigung. Hierdurch erkennt man am sichersten, welches die kranke Niere ist und ob die nach Entfernung des einen Organs zurückbleibende die Arbeit zu übernehmen im Stande ist. Die unschwer auszuführende Gefrierpunktsbestimmung des Blutes wird in vielen Fällen allein zur Feststellung der Functionsfähigkeit der Nieren genügen; in schwierigeren, zweifelhafteren Fällen wird der Ureterenkatheterismus mit nachfolgender Gefrierpunktsbestimmung des Urins und sonstiger Untersuchung desselben weitere Sicherheit verschaffen. Lubowski

Dr. Aug. Predöhl (Hamburg): **Ueber Bacteriurie.** (Münchener med. Wochenschrift 1899, No. 45.)

Verf. hat sechs Fälle von Bacteriurie beobachtet. Er unterscheidet acute, subacute und chronische Fälle. Sein schwerster Fall war ein acuter Er hat die Krankheit nur bei weiblichen Patienten beobachtet. Die Krankheit beginnt mit brennenden Schmerzen beim Uriniren, die namentlich bei dem letzten Tropfen einsetzen und sich bis zum Tenesmus steigern können, mit Nachtröpfeln und auffällig vermehrtem Urin bis zur Incontinenz; dazu treten Schmerzen in der Blase, den Nieren und Rückengegend. Der Urin ist

stets trübe, klärt sich nicht beim Erhitzen, enthält kein Eiweiß, reagirt meist sauer, giebt keine besondere chemische Reaction. Er läßt sich mit einer leicht getrübten Bouilloncultur vergleichen. Der sedimentäre Niederschlag erwies sich als Bacterium coli in Reincultur. Wie ist diese Erkrankung zu erklären? Nach G. Reymond findet eine directe Ueberwanderung durch Mastdarm und Blasenwand in das Blaseninnere statt. Der Anschauung schließt sich Wreden an. Rovsing glaubt, daß das Bacterium coli metastatisch auf dem Blutwege in die Urinwege eindringe. Derselben Ansicht ist Predöhl, und er meint, daß beim Auftreten ernsterer Symptome entweder eine phlogogene Thätigkeit oder eine Bacterienembolie statthabe. Vielleicht genüge eine kleine symptomlose Läsion in irgend einem Teile der Harnwege; aber auch ohne jede Läsion könne es zur Verstopfung feinster Capillaren durch das B. coli kommen. Auch mag ein Teil der kindlichen Enuresis nocturna auf Bacteriurie zurückzuführen sein; in beiden Krankheiten herrscht der gleiche häufige Drang zum Uriniren, das Unvermögen, den Urindrang zu unterdrücken, und Harnträufeln.

Verf. berichtet dann ausführlich über einen Fall von Bacteriurie, in welchem wegen Verdachtes auf Nierenstein die eine Niere exstirpirt wurde und nach der Operation festgestellt werden konnte, daß eine Verstopfung der feinsten Nierencapillaren mit Bacterium coli vorlag.

Therapeutisch empfiehlt Verf. Salol, Milch, Thee, Fachinger, Abführmittel, heiße Bäder, Opiate; die Prognose ist in jedem Falle zweifelhaft, denn sind auch die meisten Fälle ungefährlich, so ist es doch schwer, den Urin wieder bacterienfrei zu machen. Loeb (Berlin).

Gebhard: **Niere mit Adenocarcinom, durch Nephrectomie gewonnen.** (Ges. für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin, Sitzung vom 26. Januar 1900. Centralblatt für Gynäkologie 1900, No. 12.)

Die Kranke litt schon seit längerer Zeit an Blasenblutungen, von denen ohne Weiteres nicht festzustellen war, ob sie von der Blase selbst oder von der einen oder anderen Niere stammten. Dies war um so schwieriger zu ergründen, als im Abdomen kein Tumor nachweisbar war, auch keine Schmerzen in der Nierengegend, weder spontan, noch auf Beklopfen derselben bestanden. Allein durch die Cystoskopie gelang es, zu constatiren, daß aus dem rechten Ureter ein Blutgerinnsel heraushing, während der linke Ureter klaren Urin lieferte. Die Operation durch Lumbalschnitt hat die Kranke gut überstanden, Immerwahr (Berlin).

Roberto Alessandri: **Sur la structure et la fonction du rein à la suite de l'occlusion de l'artère et de la veine émulgentes.** (Revue de chirurgie 1899, 8/9.)

In dieser ausgedehnten Studie empfiehlt A. im ersten Teile den größtmöglichsten Conservatismus in der Nierenchirurgie, insbesondere bei Verletzungen des Organs und bei Durchtrennungen der Gefäße; zur Stütze

seiner schon mit vielen Beispielen aus der Litteratur belegten Ansichten hat er Experimente an Tieren vorgenommen, indem er Arterie und Vene, zusammen oder geteilt, immer unter Schonung des Ureters, unterband; er entblößte die Niere möglichst wenig von ihrer Kapsel und hielt sie in ihrer normalen Lagerung, um die möglichen Wege der Compensation nicht zu unterbrechen. Er operirte an Hunden und Katzen

1. Ligatur der Vena renalis,
2. Ligatur der Arteria renalis,
3. Ligatur des Gefäßstiels (Arterie und Vene).

Die Operation wurde entweder durch die mediane Laparotomie oder durch einen Lendenschnitt vorgenommen, die Gefäße wurden vor der Unterbindung mit Seide stets isolirt. Die andere Niere wurde bei Tötung des Tieres als Vergleichsobject immer mitentfernt.

Die erhaltenen Resultate lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Bei der Ligatur der Nierenvene haben wir zuerst, schon makroskopisch, eine Vergrößerung des Volumens und des Gewichtes des Organs, welches, unter den Augen des Operateurs beginnend, sein Maximum nach 24 Stunden erreicht, wenn das Volumen um ein Drittel und das Gewicht um ein Viertel größer als das der anderen Seite ist.

Die Niere ist auch außen stark congestionirt und beim Durchschneiden sieht man, daß die Hyperämie mehr die Rinden-, als die Markpartie betrifft. Die Venen sind am stärksten dilatirt in der Grenzschicht, so daß die mit Blut gefüllten Venenbogen ungefähr in der Mitte der Niere eine Art dunkles Band bilden. Gleichzeitig entwickelt sich eine collaterale Circulation, besonders von den Nebennierenvenen aus, doch auch von den Kapselvenen und der den Ureter begleitenden Vene aus, welche oft direct in die Cava einmünden; doch kommen bei der Entwicklung dieses collateralen Kreislaufes, welcher für die Wiederherstellung des Gleichgewichtes in den Gefäßen und somit für die Ernährung der Niere so wichtig ist, starke Differenzen vor. Diese Wege der Collateralen sind auch beim Menschen vorhanden und können in Action treten, so daß sie die durch die Ligatur der Hauptvene entstandene Stase beheben können.

Die Vermehrung von Gewicht und Volumen ist bald von einer Verminderung gefolgt, etwa vom fünften bis sechsten Tage ab; dieselbe erfolgt manchmal sehr schnell (bis zur Atrophie nach 24 Tagen), während oft nach drei Monaten ein stationärer Zustand mit einer Reduction auf zwei Drittel der normalen Niere erreicht ist.

Histologisch zeigt sich zunächst eine plötzliche und intensive Stase in den Gefäßen; die großen Venen sind erweitert und voll von Blut; die Erweiterung trifft besonders die Capillaren der Marksubstanz; hier und dort haben die Wände dem Druck nachgeben müssen, es ist zu interstitiellen Hämorrhagien meist in der Form des Infarcts gekommen; an diesen Stellen sind Glomeruli und Harncanälchen so zerstört, daß man kaum noch die histologische Structur des Organs erkennen kann. An anderen Stellen sehen wir die Epithelien der gewundenen Harncanälchen verändert; doch ist die

Läsion nicht überall die gleiche, an einer Stelle finden wir die Harncanälchen im Zustand der Coagulationsnecrose des Epitheliums, ganz nahe dabei sind die Epithelien außer der Schwellung ziemlich gut erhalten. In den Kapseln der Glomeruli finden wir fein granulirtes Eiweiß niedergeschlagen, manchmal sogar kleine Hämorrhagien. Dann wird das Blut an den Stellen des hämorrhagischen Infarcts resorbirt und neues junges Bindegewebe bildet sich, in welchem Spuren der Harncanälchen mit Epithel in der Regeneration bald auftritt. An den weniger afficirten Stellen der Niere bleiben Veränderungen inselförmig bestehen; besonders in der Rinde sieht man große Stellen in voller Necrose; da und dort scheint es, daß unter den gleichförmigen und mit amorphem oder fein granulirtem Detritus gefüllten Harncanälchen einige wenige ein sich regenerirendes Epithel zeigen. An manchen Stellen verschwinden die Gruppen der kranken Tubuli, während die benachbarten fortbestehen und ihre so schwer bedrohte Lebensfähigkeit wieder erreichen. An den peripheren Teilen der Rinde und an der Basis der Pyramiden findet man die besterhaltenen Tubuli contorti. Die Schlingen der Glomeruli sind in endothelialer Proliferation und in den Bowman'schen Kapseln findet sich ebenso wie im Inneren der Tubuli contorti und recti ein reichlicher eiweißartiger Niederschlag. Die Erweiterung der Gefäße geht langsam zurück, teils in Folge der Entwicklung der Collateralen, teils in Folge des veränderten arteriellen Zuflusses. Die großen Venen zeigen Verdickung der Wand, die Arterien sind prall gefüllt. Schließlich kommt es zu einer wahren Regeneration der Epithelzellen, welche die zerstörten Zellen vor sich austreiben und die Wand der Canälchen wieder bedecken; die Regeneration geht aus von den relativ wenigen nicht zu Grunde gegangenen Epithelien der Tubuli contarti. Trotz alledem werden immer einige Stellen mit Stasen zurückbleiben; dadurch erklärt es sich, daß die andere Niere fast regelmäßig hypertrophirt. Wenn die Entwicklung der Collateralen fehlt oder mangelhaft ist, kommt es zu keiner Restitutio ad integrum der Harncanälchen: neues Epithel entsteht nicht, interstitielle cirrhotische Herde führen zur Atrophie des Organs, welche aber selbst in den ungünstigsten Fällen keine complete ist, da ein Teil besonders der peripheren Canälchen der Necrose widerstehen und weiter functioniren, weil sie mit den Kapselvenen in directer Verbindung stehen.

Dies der Zustand der Nieren nach $3^1/_2$ Monaten; auf längere Zeit beziehen sich A.'s Experimente nicht.

Die Function der Niere ist zuerst beinahe eingestellt in Folge der ungenügenden Ernährung und des mangelnden Blutstromes in den Glomerulis; die große Erweiterung der kleinen Venen und der Capillaren zwischen den Sammelröhren und den Henle'schen Schleifen comprimirt die Canälchen und die dünnwandigen Schlingen, so daß eine Entfernung des Secretes mechanisch unmöglich wird. Dann wird etwas trüber, blutiger Harn mit Eiweiß, Cylindern, Blutkörperchen und Epithelien entleert. Der Harnstoff ist stark vermindert; bald aber wird die ausgeschiedene Harnstoffmenge normal, der Albumengehalt wird geringer, die Epithelien werden spärlicher; Cylinder

vermehren sich aber noch, zuerst granulirte, hämorrhagische und Epithelcylinder, später hyaline und Epithelcylinder. A. prüfte die Function der Niere durch Anlegen einer Ureteren-Bauchfistel auf der operirten oder auf der gesunden Seite.

A. behauptet also auf Grund seiner Experimente, daß die Ligatur der Nierenvene keineswegs unverträglich mit dem Leben und der Function des Nierengewebes sei, daß wenigstens beim Hund und der Katze die Compensationswege sich entwickeln können und sich in der Regel entwickeln, so daß das Organ nach circa drei Monaten in histologischer Structur und in functioneller Beziehung fast normal ist; diese Restitution geht so weit, daß man die normale Niere entfernen kann und daß dann die Niere mit verschlossener Vene hypertrophirt und dem Stoffwechsel des Organismus genügt.

Für die Praxis resultirt, daß man bei Verletzungen der Läsionen der Nierenvene gut thut, sich auf die Ligatur zu beschränken, ohne die Gefahr einer Nephrectomie zu laufen.

Bei der Ligatur der Nierenarterie wurde immer transperitoneal operirt, um leichter an den Hilus und den Stamm der Arterie zu kommen und um die Niere in ihren Beziehungen zu den Nachbarorganen möglichst wenig zu stören. Katzen gehen meist bis zum fünften Tage zu Grunde, die Niere wird erweicht und es kommt trotz aller Vorsicht fast regelmäßig zur Sepsis. Bei der Ligatur des Nierenarterienstammes sind die meisten sehr wichtigen Erscheinungen eine Folge des Ausbleibens der Vis a tergo und der anämischen Phänomene in Folge des plötzlichen Aufhörens des ernährenden arteriellen Zuflusses. Die anfängliche Stase vermindert sich im directen Verhältnis zur Entwicklung der arteriellen Collateralen, besonders an bestimmten Punkten der Rinde. Die Erscheinungen der anämischen Necrose werden deutlicher und gelangen bis zum necrobiotischen Infarct an jenen Stellen, wo die compensatorische arterielle Circulation fehlt oder ungenügend ist; diese Stellen können mehr oder minder ausgedehnt sein, sie können auch die ganze Niere betreffen, wie beispielsweise bei der Katze. Beim Hunde entwickeln sich im Centrum als an den Polen so viele Collateralen, daß die Störung compensirt wird und eine fast vollständige Restitutio ad integrum erfolgt; dieselbe kann nach 2—3 Monaten so vollkommen sein, daß die Niere gut erhalten ist und functionirt Der Schluß für die Chirurgie beim Menschen ist folgender: Das Vorhandensein vieler arterieller Collateralen von den Nebennieren, vom Diaphragma, von den lumbaren und ureteralen Gefäßen ist durch die Anatomie bekannt; wir haben also eine gewisse Berechtigung, auf ein ebenso gutes Resultat beim Menschen als beim Hunde zu hoffen.

Die Unterbindung des Nierenstieles (Arterie und Vene) ist unverträglich mit dem Leben und der Function der Nierenepithelien. Die collateralen Gefäßanastomosen genügen immer, um die schnelle Necrose des Organs zu vermeiden; es kommt zu einer fortschreitenden Cirrhose, welche

nach und nach alles von Harncanälchen und Glomerulis Uebriggebliebene erwürgt.

Folglich, wenn man auch nach der Ligatur des Gefäßstieles der Niere nicht dahin gelangen kann, auch nur Teile des functionirenden Parenchyms zu erhalten, ist der Organismus doch keineswegs von einer schnellen Necrose des Nierengewebes bedroht; dieses Gewebe ist im Gegenteil noch fähig eines relativen Lebens und einer fibrösen Transformation durch die Proliferation des interstitiellen Bindegewebes, welches nicht so wie das Epithel abstirbt. Mankiewicz.

XI. Technisches.

Prof. K. Schuchardt: **„Kopfklammer" zur raschen und sicher sitzenden Einhüllung des Kopfes mit steriler Verbandgaze bei aseptischen Operationen, bei der Krankenpflege und bei der Desinfection von Wohnräumen.** (Centralblatt für Chirurgie 1900, No. 15.)

In neuerer Zeit ist man bekanntlich bestrebt, bei den aseptischen Operationen das Kostüm des Operateurs und seiner Assistenten, sowie derjenigen Gehilfen, welche die keimfrei gemachten Instrumente und das Verbandmaterial vorbereiten und zureichen, so einzurichten, daß eine Verunreinigung des Materials und der sterilisirten Hände und Vorderarme durch Berühren nicht keimfreier Körperteile oder Kleidungsstücke ausgeschlossen ist. Aus diesen Gründen lassen die meisten Chirurgen die bei der Operation Beteiligten sterilisirte Ueberkleider anziehen. So haben z. B. Hübener und v. Mikulicz behufs steriler Einhüllung des Halses und Kopfes des bei der Operation beschäftigten Personals eine Drahtmaske construirt, mit der Verf. längere Zeit gearbeitet hat. Aus verschiedenen Gründen hat er aber diese Drahtmaske schließlich aufgegeben und sich bemüht, Kopf und Hals einfach mit entsprechend zugeschnittenen Streifen gewöhnlicher Verbandgaze einzuwickeln. Jedoch scheiterten diese Versuche anfangs, weil die Gazestreifen sehr bald wieder abrutschten, selbst wenn sie so fest angelegt wurden, daß eine erhebliche Belästigung dadurch eintrat. Erst durch Anwendung einer kleinen Vorrichtung gelangte er zu einer überraschend schnell anzulegenden und für Jedermann bequem und sicher sitzenden Kopfeinhüllung. Diese Vorrichtung besteht aus einem schwach federnden, 2 cm breiten, kreisförmig gebogenen Metallbande, für Stirn und Hinterhaupt mit je einer querovalen Platte versehen, das an seiner hinteren Hälfte außen einen Knopf trägt und nach Art eines Stirnreflectors am Kopfe befestigt wird. Diese „Kopfklammer" paßt ohne Weiteres für jede Kopfform, sie kann bei den Schwestern selbst

über die Haarfrisur und die Haube hinweg angelegt werden. Die Kostümirung des beteiligten Personals geschieht nun in der Abteilung des Verfassers bei allen aseptischen Operationen seit längerer Zeit in folgender Weise: Operateur und Assistenten ziehen sich zum Schutze gegen Durchnässung Schürzen aus Billroth- oder aus Mosetig-Battist an, die vor den an manchen Orten noch üblichen dicken Gummischürzen den Vorzug bedeutend größerer Leichtigkeit und Billigkeit haben. Alle Beteiligten, auch die mit dem Zureichen der Instrumente und des Verbandmaterials, mit dem Einfädeln der Nadeln etc. betrauten Operationsschwestern setzen die Kopfklammer auf, entblößen die Arme bis über das Ellbogengelenk und desinficiren sich Hände und Arme. Nun wird ein 110 cm langer und 45 cm breiter viereckiger Gazestreifen so vor Mund und Nase befestigt, daß der obere Rand des Streifens über der Nasenspitze aufliegt, während die hinteren Enden über die Ohren hinweg zu dem an der Kopfklammer befindlichen Knopfe geführt und an demselben mittels Durchstoßens befestigt werden. Bei starkem Bartwuchse kann auch eine doppelte Lage Gaze genommen werden. Zum weiteren Schutze gegen die Exspirationsluft aus Mund und Nase ist an der betreffenden Stelle noch eine mehrfache Lage Gaze aufgenäht. Will man diesen Schutz noch sicherer gestalten, so kann man auch eine dünne Watteschicht dazwischen legen. Nachdem der untere Streifen angelegt ist, wird die Kopfhülle vervollständigt durch einen dreieckigen, 150 cm langen und 70 cm breiten Gazestreifen, der dicht oberhalb der Augen über die Stirn gelegt wird und dessen Zipfel im Nacken zusammengeknotet werden. Der am Kinn und Halse herabhängende Teil des unteren Kopfstreifens wird durch die nunmehr überzuziehende Aermelschürze derartig am Halse befestigt, daß dadurch selbst der größte Vollbart hinreichend gesichert ist. Die Kopfhülle kann sehr schnell angelegt werden und sitzt so fest, daß selbst nach stundenlang dauernden Operationen nicht die mindeste Verschiebung derselben eintritt. Die Belästigung beim Tragen derselben ist nur sehr gering, weil kein unmittelbares Aufliegen der Gaze auf dem Munde stattfindet. Beim Anlegen der Kopfhüllen und Ueberkleider, die selbstverständlich vorher sterilisirt werden, ist eine besondere Schwester behilflich, die sich zu diesem Zweck desinficiren muß. Lubowski.

Dr. C. A. Elsberg (New-York): **Ein neues und einfaches Verfahren der Catgutsterilisation.** (Centralblatt für Chirurgie 1900, No. 21.)

Das Verfahren besteht in Folgendem: Durch Chloroformäther entfettetes Catgut wird fest und in einer einzigen Lage auf kleine Glasrollen gewickelt. Diese Rollen werden in einer gesättigten Lösung von Ammonium sulfuricum in kochendem Wasser 10—30 Minuten lang gekocht (für Chromcatgut wird 1:1000 wässerige Chromsäurelösung anstatt Wasser genommen) und wenigstens $^1/_2$ Minute lang in warmem oder kaltem sterilem Wasser, Carbol- oder Sublimatlösung gründlich gewaschen und in Alkohol aufbewahrt. Die Zeit der Sterili-

sation kann auf 4—10 Minuten abgekürzt werden dadurch, daß man an Stelle des Wassers eine 2proc. Carbollösung nimmt.

Verf. glaubt, daß sich diese Methode vor allen anderen durch ihre Einfachheit und Billigkeit auszeichnet, so daß ein Jeder ohne jeglichen complicirten Apparat und ohne Erfahrung rasch und billig steriles Catgut herstellen kann. Als weiteren Vorzug glaubt er auf die Unentzündbarkeit und den hohen Siedepunkt der Lösung hinweisen zu dürfen. Lubowski.

Renault: **Présentation d'un nouvel appareil à lavage de l'urèthre et de la vessie.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 4. Soc. de derm. et de syph., séance du 23. avril 1900.)

Der von Renault construirte Spülirrigator der Harnröhre und Blase, der dem von Colombini in Siena angegebenen sehr gleicht, ist transportabel und kann vom Patienten selbst angewandt werden. Er besteht in einer graduirten Literflasche mit zwei Ansätzen. Der eine Glasansatz steht mit einem durch einen Hahn comprimirbaren Schlauch in Verbindung, der an seinem anderen Ende eine für den Ausfluß in die Harnröhre bestimmte Glascanüle trägt. Der andere Ansatz endigt in einen mit einem Ballon verbundenen Schlauch Zwischen letzterem Ansatz und Schlauch liegt etwas Watte. Der Patient soll mit einer Hand die Canüle in der Harnröhre halten, mit der anderen durch Druck auf den Ballon die Flüssigkeit in Bewegung setzen. Soll die Blase ausgespült werden, so ist der Druck in regelmäßigen Zwischenräumen von etwa fünf Secunden zu wiederholen.

Dreyer (Köln).

Balzer: **Contribution à l'étude du traitement des dermatoses par l'air surchauffé.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 4. Soc. de derm. et de syph., séance de 23. avril 1900.)

Der Apparat mag hier Erwähnung finden, da B. ihn namentlich für die Behandlung von Geschwüren, also auch venerischen empfiehlt. Das Princip ist das der Holländer'schen Heißluftbehandlung. Der Brenner besteht indeß aus einer galvanischen Schlinge, die von einer konischen Glashülle umgeben ist, der aus einer Kautschukbirne die Luft zugeführt wird. Dieselbe kann bis über 250° erwärmt werden. Der Apparat ist von Luër gearbeitet. Die Anwendung bei venerischen Geschwüren mit localer Anästhesie (20 pCt. Cocain) ist nicht schmerzhaft. In einer Sitzung kann ein weicher Schanker in ein einfaches Geschwür verwandelt werden. Die Dauer der Sitzung ist eine ganz kurze. Der Galvanokauter wird dem Geschwür möglichst genähert. Um die Wirkung zu localisiren, bedient man sich einer in verschiedenster Grösse perforirten Metallplatte, etwa nach dem Modell der Charrière'schen Scala. Dreyer (Köln).

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Conservative Operationen bei renaler Retention.[1])

Von

Dr. **C. Fenger,** Chicago.

Die beginnende oder remittirende Nierenretention — allgemein gesprochen ist im Beginn jede Retention in diesem Organ remittirend — ist ein Zustand, bei dem man immer die Möglichkeit im Auge behalten soll, das Nierengewebe durch Wiederherstellung der Passage zu erhalten.

Der Sitz der Obstruction kann sein:

1. In den Kelchen,
2. in einem der Ureteräste,
3. im Nierenbeckenboden,
4. am Austritt des Ureters aus dem Nierenbecken und
5. im Ureter selbst.

Wenn das Hindernis an einem der zwei ersterwähnten Stellen sitzt, so erfolgt eine locale oder partielle Cystonephrose. Diese erfordert zu ihrer Beseitigung den bekannten, von der Nierenconvexität ausgehenden Sectionsschnitt und die Trennung der sich vorfindenden abnormalen Scheidewände.

Die Stenose am Ureteraustritt (Klappenbildung, schiefe, durch unilaterale Erweiterung des Nierenbeckens verursachte Insertion) erheischt verschiedene Operationen je nach Bestehen oder Fehlen einer Verengerung im oberen Ureterabschnitt.

Fehlt diese Verengerung, so kann die Klappe durch eine transpelvische Operation (Fenger, Mynter, Trendelenburg, Küster) zerstört werden oder, was ich vorziehe, durch extrapelvische Operation.

Ist aber eine Strictur im Beckenausgang des Ureters vorhanden, was in infectiösen Fällen fast immer zu erwarten ist, so ist die extra-

[1]) Vorgetragen auf dem Internat. Congreß zu Paris 1900.



pelvische Plastik (Fenger) am Platze oder die Resection des oberen Ureteralschnittes.

Hat die Obstruction ihren Sitz im Ureter, so kommen die für Behandlung chirurgischer Uretererkrankungen giltigen Regeln zur Anwendung, nämlich Resection und Reimplantation oder meine plastische Operation.

Sind die durch diese conservativen Operationen erreichten Resultate dauernd oder kommen Rückfälle vor?

In fünf meiner Fälle trat kein Recidiv ein:

1. Klappenbildung, transpelvische Operation, vollkommene Heilung seit sechs Jahren.

2. Verengerung des oberen Ureterabschnittes, extrapelvische Operation. Kein Recidiv seit sechs Jahren.

3. Klappenformation des unteren Ureterastes. Extrapelvische Operation, Sectionsschnitt der Niere, Spaltung der Klappe und der Scheidewände. Vollständige Heilung seit drei Jahren.

4. Excision einer Ureterklappe nach meiner plastischen Methode; nie Recidiv seit drei Jahren.

5. Ein Stein im oberen Ureterabschnitt wurde von mir entfernt. Ein Jahr später macht ein anderer Operateur eine Ureterplastik. Sechs Monate später vollständige Occlusion an der zweiten Operationsstelle. Meine Plastik hat seit einem Jahre Heilung herbeigeführt.

In zwei Fällen trat Recidiv ein:

1. Klappenbildung ohne Strictur; intrapelvische Operation; Recidiv der Stenose, Occlusion des Orificium im Nierenbecken; Nephrectomie ein Jahr später.

2. Ein bereits von anderer Seite operirter Patient wurde später von mir operirt. Das Resultat war aber unvollkommen, so daß schließlich die Nephrectomie für nötig erachtet wurde.

Ueber einen Fall von gonorrhoischer Urethritis mit Affection der Gelenke, symmetrischem hornartigen Hautausschlag und Ausfallen der Nägel.

Von

Dr. **W. Stanislawski,** Odessa (Russland).

Aus der Dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses.

Im Nachstehenden will ich über einen Fall von gonorrhoischem Ausschlag eigentümlichen Characters berichten, dessen Kenntnis nicht nur für den Specialarzt, sondern auch für jeden practischen Arzt von großer Wichtigkeit ist; denn auch die practischen Aerzte bekommen mit Urethritis behaftete Patienten in Behandlung, und es könnte leicht der Fall eintreten, daß ein die Gonorrhoe complicirender und wenig bekannter Hautausschlag zu falschen Diagnosen und den dabei unvermeidlichen unangenehmen Folgen führen würde. Allerdings wird der Typus des im Nachstehenden zu schildernden gonorrhoischen Ausschlags sehr selten beobachtet: in der mir zugänglichen russischen Litteratur fand ich keinen einzigen ähnlichen Fall, während die zahlreiche ausländische Litteratur, soweit ich feststellen konnte, nur fünf derartige Fälle aufzuweisen vermag. Ich glaube jedoch, daß das seltene Vorkommen des fraglichen Typus nicht den thatsächlichen Verhältnissen entspricht, sondern durch den Umstand bedingt ist, daß wir mit der Dermatologie im Allgemeinen und mit der gonorrhoischen Dermopathie im Speciellen noch nicht genügend vertraut sind.

Das Auftreten von Hautausschlägen im Verlaufe von Gonorrhoe, und zwar solcher aus der Gruppe des polymorphen Erythems in Form von Flecken, Blasen, Papeln etc. kennt man schon lange; die älteren Aerzte führten die Entstehung dieser Ausschläge auf Wirkungen medicamentöser Substanzen zurück, namentlich auf Cubeba und das

Balsamum copaïvae, welche früher in der Behandlung der gonorrhoischen Urethritiden eine so große Rolle gespielt hatten.

In den 80er Jahren wurde die Bedeutung der genannten Teersubstanzen für die Entstehung der gonorrhoischen Hautausschläge von Vielen in Abrede gestellt, und man hatte wohl Grund genug dazu. Es konnte nämlich die Thatsache nicht unbemerkt bleiben, daß durch Steigerung der Dosen der genannten Substanzen nicht nur keine Verschlimmerung bezw. weitere Ausbreitung des gonorrhoischen Ausschlags, sondern im Gegenteil eine Verringerung oder selbst vollständiges Verschwinden desselben bewirkt wird. Ferner steht es fest, daß die gonorrhoischen Exantheme auch in solchen Fällen von Urethritis auftreten, in denen weder Cubeba, noch Copaïvabalsam angewendet wird. Schließlich kann man per analogiam mit den bei anderen Infectionskrankheiten auftretenden Exanthemen schließen, daß auch bei Gonorrhoe eine Intoxication des gesamten Organismus auftreten kann und daß die Ursache der dadurch entstehenden Exantheme dieselben Gonokokken bezw. deren Stoffwechselproducte, d. h. deren Toxine sind.

Letztere Schlußfolgerung entspricht vollkommen dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse der Gonorrhoe. Die gonorrhoische Infection, welche in den meisten Fällen nur als localer Proceß in der Harnröhre, im Mastdarm, an den weiblichen Genitalien, auf der Augenbindehaut etc. auftritt, ergreift unter gewissen, vorläufig nicht näher bekannten Verhältnissen den gesamten Organismus. Diese Allgemeininfection kommt nun durch Steigerung der Körpertemperatur, durch Erkrankung der Gelenke, durch Entzündungen der Schleimhäute (unabhängig von solchen, welche durch directe Uebertragung des gonorrhoischen Giftes entstehen) und durch Auftreten von verschiedenen Hautexanthemen zum Ausdruck. Es fehlt auch nicht an experimentellen Beweisen dafür, daß gonorrhoische Allgemeininfectionen entstehen können. So hat Colombini[2]) im Jahre 1895 durch Impfungen mit Reincultur des Neisser'schen Gonokokkus ein Hauterythem gonorrhoischen Characters erzeugen können. Wassermann[3]) hat im Jahre 1897 mit aus Gonokokkenreinkulturen gewonnenen Toxinen Impfversuche (subcutan) angestellt und dabei Fieber und Schwellung der Gelenke bei den betreffenden Individuen beobachtet. Christmas hat durch subcutane Injectionen von Gonokokkustoxinen pustulöse Exantheme und schwere Allgemeininfection des Gesamtorganismus herbeigeführt.

Von demselben Standpunkte muß auch die Entstehung des Haut-

---

[2]) Pospjelow: Kurzes Lehrbuch der Hautkrankheiten 1896, S. 964.

[3]) Berliner klinische Wochenschrift 1897, No. 32.

ausschlags in unserem Falle betrachtet werden, nur handelte es sich in demselben um einen ganz eigentümlichen, in der Litteratur bis 1893 nicht beschriebenen hornartigen Ausschlag. Im Jahre 1893 hat Vidal[4]) als Erster einen Fall von gonorrhoischer Urethritis mit symmetrischem hornartigen Ausschlag der Haut und Ausfallen der Nägel beschrieben. Aus der Beschreibung dieses Falles ist jedoch zu ersehen, daß die Diagnose Vidal Schwierigkeiten bereitet, daß V. schließlich Syphilis diagnosticirt und eine specifische Behandlung mit Zustimmung vieler Collegen, darunter des bekannten französischen Dermatologen Besnier, eingeleitet hatte. Diese Behandlung war jedoch ohne Erfolg geblieben: Der Proceß schritt zunächst in seiner Entwicklung fort und verschwand nach 7—8 Monaten allmählich vollkommen, ohne irgend welche Spuren in Form von Narben und Flecken zu hinterlassen. Nach zwei Jahren sah Vidal den Patienten wieder mit einem Recidiv der Gonorrhoe und desselben Ausschlags, und erst jetzt leuchtete es ihm ein, daß diese eigentümliche Hautaffection mit der gonorrhoischen Urethritis im Zusammenhang stehen müsse, und veröffentlichte diesen seltenen Fall unter dem Titel: „Eruption généralisée et symmétrique de croûtes cornées, avec chute des ongles, d'origine blennorhagique, coïncidant avec une polyarthrite de même nature. Récidive à la suite d'une nouvelle blennorrhagie, deux ans après la guérison de la première maladie".

Den nächstfolgenden Fall veröffentlichte Jeanselme[5]) im Jahre 1895 in seinem Artikel: „Troubles trophiques dans la blennorrhagie". Schließlich wurden im Jahre 1897 drei weitere derartige Fälle veröffentlicht: von Chauffard[6]), von Robert[7]) und von Jacquet und Ghik[8]).

Fast in allen diesen Fällen entstand bei mit gonorrhoischer Urethritis behafteten Kranken ein Hautausschlag, der symmetrisch localisirt war und aus conusförmigen hornartigen Gebilden, geschichteten Plaques und spitzen oder flachen Borken bestand. Der Lieblingssitz des Ausschlages waren die Handteller und Fußsohlen; er trat aber, wenn auch in geringerer Ausdehnung, auch auf anderen Körperstellen auf. Nach Ablauf der Urethritis verschwand auch das Exanthem, und zwar langsam und keine Spuren hinterlassend; stellte sich ein Recidiv der Gonorrhoe ein, so trat auch der Ausschlag in derselben Form wieder auf. Von den sonstigen Complicationen der Gonorrhoe wurden als Begleit-

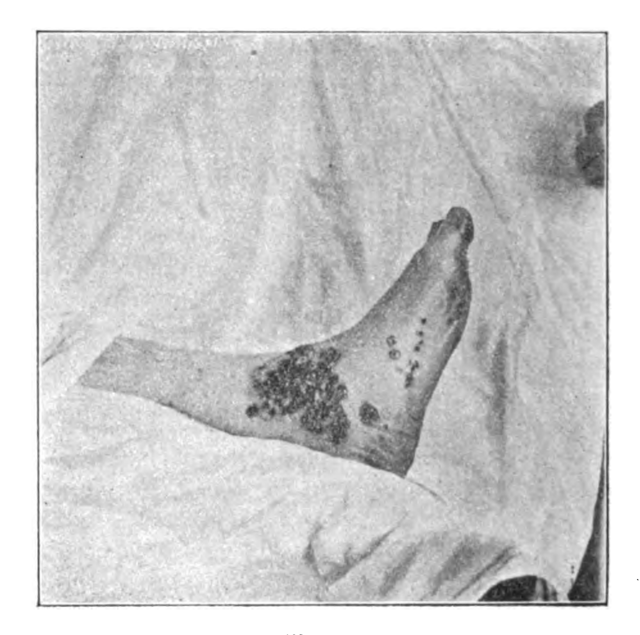
---

[4]) Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1893, S. 3.
[5]) Ibidem 1895, S. 525.
[6]) Ibidem 1897, S. 793.
[7]) Ibidem, S. 1053.
[8]) Ibidem, S. 789.

erscheinungen des Ausschlages Polyarthritis und Conjunctivitis beobachtet. Ausfallen der Nägel wurde zweimal beobachtet, und zwar in den Fällen von Vidal und Jacquet u. Ghik; Steigerung der Temperatur in drei Fällen.

Ich lasse nun die Beschreibung meines Falles folgen.

Der 28jährige Patient, Obsthändler von Beruf, ließ sich am 23. August 1898 in das städtische Krankenhaus zu Odessa wegen Gelenkschmerzen aufnehmen, die seit einer Woche bestanden. Bis zur gegenwärtigen Erkrankung will der Patient weder an Syphilis, noch an irgend welchen anderen Krankheiten



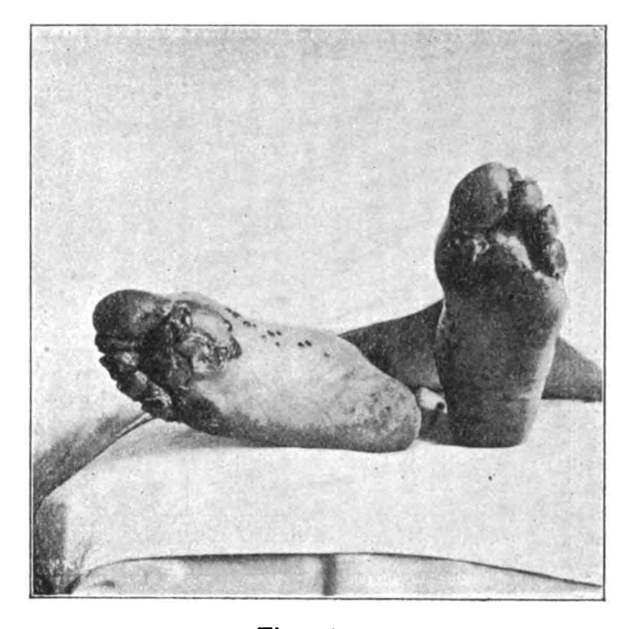
Figur 1.

gelitten haben. Seine Eltern, eine Schwester und zwei Brüder sind vollkommen gesund.

Vor ungefähr drei Wochen, d. h. in den letzten Tagen des Juli 1898, stellte sich bei dem Patienten nach einem Coitus mit einer Puella publica ein reichlicher eitriger Ausfluß aus der Urethra ein, der mit Schmerzen und Brennen bei der Miction einherging. Patient versicherte, daß dieses seine erste gonorrhoische Erkrankung sei. Es wurde ihm von Jemandem geraten, Copaïvabalsam dreimal täglich je 20 Tropfen zu nehmen. Er befolgte auch diesen Rat und machte am Ende der zweiten Woche die Wahrnehmung, daß der Ausfluß etwas nachgelassen hatte. Zu derselben Zeit begann der Patient, beim Gehen etwas Unbehagen im linken Fußgelenk

zu verspüren, welches sich bald bis zur großen Schmerzhaftigkeit steigerte, die ihn zwang, das Krankenhaus aufzusuchen. Hier erkrankten nach einander innerhalb 14 Tagen das rechte Fußgelenk und das rechte Kniegelenk. Hier wurde auch fünf Wochen nach dem Zeitpunkte der Infection der erste Ausschlag auf der Haut bemerkt. Derselbe zeigte sich zunächst auf dem Kreuz und im Gebiet des inneren Knöchels des linken Unterschenkels, und zwar an Stellen, auf welche ein spanisches Fliegenpflaster und Jod applicirt worden waren; von hier aus verbreitete sich rasch der Ausschlag und ergriff die beiden Füße, die Oberschenkel, das Scrotum und die Penishaut.

Der Patient ist von mittlerer Statur, regelmäßigem Körperbau; er ist

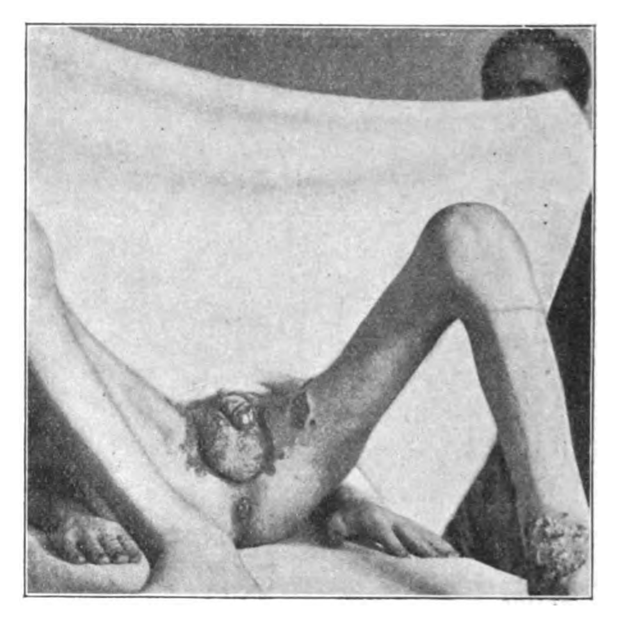


Figur 2.

abgemagert und schwach. Die mit Copaïvabalsam behandelte Urethritis besteht noch, aus der Urethra geht ab und zu ein Tropfen grünlich-gelben Eiters ab. Das linke Schultergelenk ist bei Bewegung sehr schmerzhaft; die beiden Knie- und Fußgelenke sind leicht geschwollen und gleichfalls schmerzhaft. Am Kreuz und am inneren Knöchel des linken Unterschenkels (s. Fig. 1) befinden sich Hautpartien von Handtellergröße, die trocken, intensiv gerötet und mit dicken, derben, geschichteten, schmutzig-gelben, unregelmäßigen, hornigen Borken bedeckt sind, welch' letztere bald zerstreut liegen, bald in breite und dickere Massen confluiren. Nach Entfernung einer solchen Borke kommt die feuchte, gerötete Hautoberfläche zum Vorschein, welche bald trocknet und sich nach einiger Zeit wieder mit einer gleichartigen

Borke bedeckt. Der eigentümliche Ausschlag bedeckt in vollständig symmetrischer Weise und in vollständig gleichem Grade die Fußsohlen der beiden Exstremitäten (s. Fig. 2).

Zwischen den Zehen, auf den Fußballen und auf den Zehen selbst sieht man auf der unteren sowohl, wie auf der lateralen Oberfläche Desquamation der Epidermis, die abnorm verdickt ist und in Form von unregelmäßigen, zerklüfteten Fetzen an den Rändern der Haut des bezeichneten Gebietes, die der Hornschicht beraubt und mit stinkendem Secret bedeckt ist, hängen.



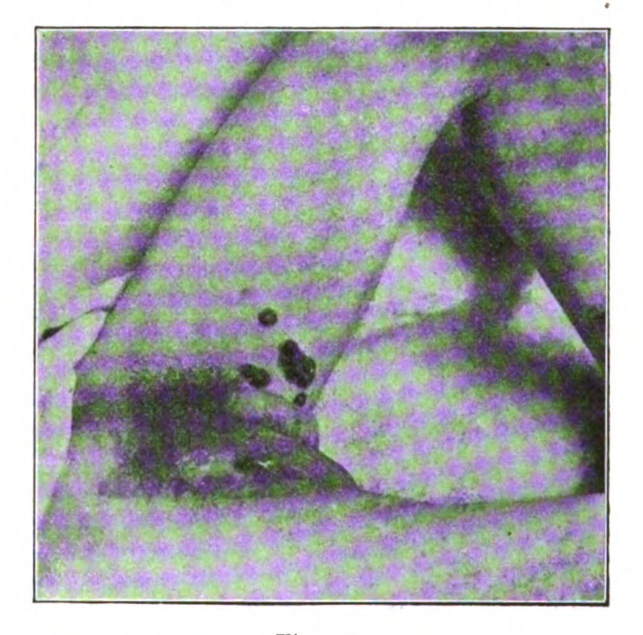
Figur 3.

Auf den inneren Rändern der beiden Füße befinden sich auf den Concavitäten je 13–14 conusförmige Prominenzen von brauner Farbe, die bald vereinzelt liegen, bald unregelmäßige Gruppen bilden, vollkommen glatt und durchsichtig sind und durch ihre Form an Nagelköpfe erinnern.

Der Durchmesser der einzelnen Prominenzen beträgt an der Basis ungefähr 8 mm, die Höhe über der Hautoberfläche 5—6 mm; sie sind von einer dicken Epidermissicht umgeben und scheinen durch eine locale Hervorstülpung derselben entstanden zu sein, da sie sich nicht entfernen lassen. Auf einigen dieser conusförmigen Gebilde, nämlich auf denjenigen, welche in der Nähe der inneren Fußoberfläche und des Fußballens localisirt sind, erblickt man durch die durchsichtige Hornschicht eitriges Exsudat, das die Basis des conusförmigen Gebildes in Form eines schmalen Reifens umgiebt,

der seinerseits von einer schwach ausgesprochenen entzündlichen Zone umgeben ist. Der vordere Rand der Zehen ist an den beiden Extremitäten mit conusförmigen, geschichteten, hornigen Borken bedeckt, welche teils frei liegen, teils unter die Nägel hineingewachsen sind, die letzteren etwas hochhebend.

Zwischen dem inneren Knöchel des linken Unterschenkels und der Ferse befindet sich ein Gebilde, welches durch seine äußere Form an eine ecthymatöse Borke erinnert und von einem schmalen Wulst etwas geröteter, aber sonst normaler Haut umgeben ist. Dasselbe besteht aus derben, dunkel-



Figur 4.

gelben, hornigen Massen, nach deren Entfernung eine wenig erhabene, kaum feuchte, rosafarbene Hautoberfläche zum Vorschein kommt.

Die Haut des Scrotums und der Oberschenkel (s. Fig. 3) ist an den Berührungsstellen gerötet und durch eine etwas prominente, unregelmäßig zickzackförmige Linie von der benachbarten normalen Haut scharf abgegrenzt. Die gerötete Hautoberfläche ist mit einer verdickten hornigen Schicht bedeckt, welche an manchen Stellen reichlichere Wucherungen in Form von flachen, derben, geschichteten, hornigen Borken von gelblicher Farbe und verschiedener Form und Größe aufweisen. Unter diesen Borken ist die Haut prominent, indem sie kaum feuchte oder ganz trockene Papeln papillären Characters bildet.

Auf beiden Seiten der Rhaphe des Scrotums ist die Haut normal ge-

färbt und mit einzelnen hornigen Borken von soeben geschilderter Form bedeckt. Auf der inneren Oberfläche des linken Oberschenkels, und zwar im oberen Drittel desselben (s. Fig. 4) befinden sich zwei isolirte Gruppen echter conusförmiger Horngebilde, welche an das Cornu cutaneum erinnern. Die eine dieser Grnppen, und zwar diejenige, welche in der Nähe der hinteren Oberfläche des Oberschenkels localisirt ist, besteht aus sechs conusförmigen, hornigen Gebilden, die zweite, die in der Nähe der Rhaphe liegt aus zwei eben solchen Gebilden; in einiger Entfernung von diesen beiden Gruppen befinden sich sowohl an der Innen-, wie auch an der Außenseite einzelne gleichartige Conuse. Die gruppenweise gelagerten Conuse confluiren mit ihren Grundflächen, während die Spitzen frei sind und fast 1 cm hoch über der Hautoberfläche stehen; der Durchmesser dieser Conuse beträgt an der Grundfläche gleichfalls ungefähr 1 cm. Unter der Basis eines jeden Conuses befindet sich auf der Haut eine rosafarbene, kaum feuchte papillomatöse Prominenz, welche über den unteren Rand des Conuses hervorragt und diesen letzteren in Form eines schmalen Reifens umgiebt. Dieser Prominenz entsprechend, zeigt jeder Conus an seiner unteren Oberfläche eine Concavität. Die Conuse selbst sind von brauner Farbe, derb, glatt von geschichteter Structur und bestehen aus echten Hornmassen, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Schichten vollkommen verhornter Epithelzellen erwiesen haben.

Auf der Haut des Daumens der linken Hand befindet sich auf der dem Zeigefinger zugekehrten Fläche am freien Ende des Nagels eine geschichtete, hornige, conusförmige, gelbliche Prominenz, welche mit einem Teile freisteht, mit dem anderen unter den Nagel gewachsen ist, dessen Rand etwas hochhebend.

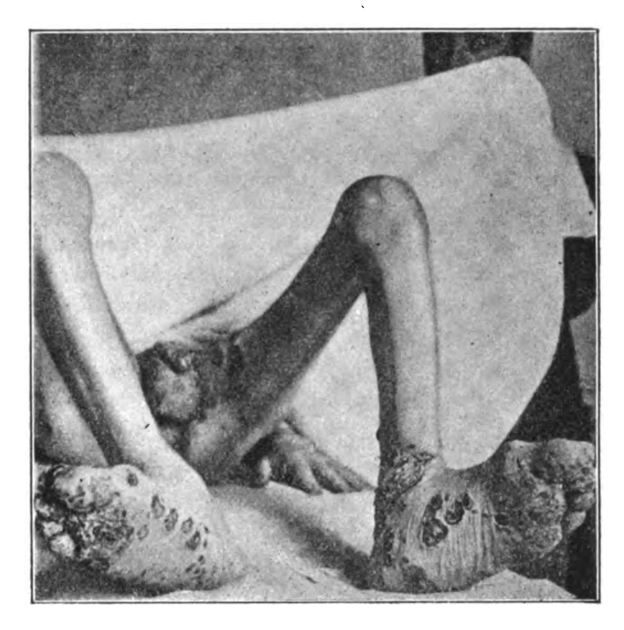
Die übrige Hautoberfläche ist vollkommen normal und frei von jeglichen Ausschlägen. Die Schleimhaut der Augenlider ist gerötet; die Mund- und Rachenschleimhaut ist mit intensiv geröteten, scharf circumscripten, erhabenen Plaques bedeckt. Die Leistendrüsen sind etwas vergrößert. Die inneren Organe bieten keine Abweichungen von der Norm. Im Harn weder Eiweiß, noch Zucker. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters (Harnröhrenausfluß) ergiebt in Bezug auf Gonokokken ein positives Resultat.

Bei Aufnahme in das Krankenhaus zeigte der Patient, in den Achselhöhlen gemessen, eine Temperatur von 37,5°. Dieselbe begann jedoch bald zuzunehmen und erreichte unter Schwankungen von 0,7° am Ende der ersten Woche die Höhe von 38,7°. Die verordneten antipyretischen Mittel, wie Natrium salicylicum und Antipyrin, blieben ohne Wirkung sowohl auf die Gelenkschmerzen, wie auch auf die Temperatur; letztere sank zwar des Morgens bis zur Norm, des Abends stieg sie jedoch wieder auf 38,5°. In der vierten Woche des Aufenthaltes im Krankenhause zeigte der Patient eine mehr oder minder constante Temperatur, die nunmehr einen Monat lang unter Schwankungen von 1,0° (38—39°) anhielt Der Kranke magerte inzwischen noch mehr ab; die Gelenkschmerzen ließen bald nach, bald

nahmen sie wieder zu Zu dieser Zeit ging auch der Hautausschlag eine Veränderung ein.

Die afficirten Gebiete bedeckten sich nach mechanischer oder mit Hilfe indifferenter Salben bewerkstelligter Entfernung der Borken wieder mit gleichartigen, hornigen Auflagerungen, nur waren die neuen Auflagerungen flacher und die Bildung derselben begann von der Peripherie.

Die auf den Fußsohlen localisirten hornigen Conuse sind abgefallen (s. Fig. 5) und haben in der verdickten Epidermis gleichsam ausgemeißelte Stellen von unregelmäßig runder Form zurückgelassen.



Figur 5.

Die Ränder dieser Defecte sind unterminirt und heben sich leicht ab, der Grund ist etwas feucht; die Haut der ganzen Fußsohle erscheint gleichsam macerirt. Die Nägel sind auf beiden Füßen ganz ausgefallen; das Nagelbett ist mit gleichartigen flachen, hornigen Borken bedeckt.

Gleichzeitig entstanden auch neue Eruptionen. Die äußeren Ränder der beiden Fußsohlen haben sich wieder in vollständig symmetrischer Weise mit den oben geschilderten hornigen Conusen bedeckt. Auf der Rückenfläche des linken Unterschenkels befindet sich auf der Grenze zwischen dem oberen und mittleren Drittel ein horniges Gebilde von der Größe eines 50-Pfennigstückes, welches durch sein Aussehen an eine ecthymatöse Borke erinnert. Die vordere und innere Oberfläche des rechten Knies ist mit zahlreichen vereinzelt stehenden, hornigen, wachsähnlichen, gelblichen Conusen bedeckt,

die hanfkorn- bis erbsengroß, vollkommen glatt und von der Hautoberfläche schwer zu entfernen sind. Ein gleichartiger Ausschlag bedeckt nun, gleichfalls vollkommen symmetrisch, die beiden Handteller: der linke zeigt acht, der rechte drei Gebilde. Auf der Glans penis in der Nähe der Corona und an beiden Seiten des Orificium externum urethrae, sowie auf den Ueberresten des Präputiums befinden sich geschichtete, leicht desquamirende Plaques.

Die Haut des Perineums, wie auch der Umgebung des Anus ist in gleicher Weise afficirt, wie die Haut des Scrotums und der Oberschenkel; auch hier bestehen auf kleinen Papeln gelbe, flache, hornige Borken.

Bezüglich der Diagnose ist es mir ebenso ergangen wie Vidal in seinem Falle. Da ich vor mir einen Kranken hatte, der neben dem geschilderten eigentümlichen Ausschlag, der an den Fußsohlen an Syphilis cornée erinnerte, Adenopathie und auf der Mund- sowie Rachenschleimhaut rote Plaques aufwies, stellte ich die Diagnose auf Syphilis und schlug die specifische Behandlung vor, um so mehr, als mehrere Collegen meine Ansicht teilten. Jedoch haben andere Syphilidologen, die gleichfalls den Kranken gesehen haben, Syphilis in Abrede gestellt, wenn sie auch den Character der vorliegenden Erkrankung nicht näher zu bestimmen vermochten.

Erst als die specifische Behandlung mit Quecksilber und Jodkali ohne Erfolg blieb, begann ich an der Richtigkeit meiner Diagnose zu zweifeln, ohne jedoch zu wissen, womit ich eigentlich zu thun habe.

Durch Zufall kam ich bei der Durchsicht des Jahrganges 1893 der Zeitschrift „Annales de dermatologie et de syphiligraphie“ auf die oben citirte Abhandlung Vidal's, in der die Beschreibung des Falles vollkommen auf meinen Patienten paßte. Durch die Vidal'sche Mitteilung angeregt, durchforschte ich natürlich die mir zugängliche Litteratur, und als ich in derselben die vier weiteren Fälle fand, zweifelte ich nicht mehr daran, daß der von meinem Patienten dargebotene eigentümliche Ausschlag gleichfalls zu den gonorrhoischen Dermopathien gehörte, die durch Vergiftung des gesamten Organismus mit Gonokokkentoxinen hervorgerufen werden.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß sowohl Toxine überhaupt, wie auch insbesondere Gonokokkentoxine auf der Haut verschiedene Veränderungen erzeugen können; rätselhaft bleibt nur die Frage, in welcher Weise die Toxine auf die Haut wirken.

Die meisten Autoren sind der Ansicht, daß die Toxine das Nervengewebe afficiren und dadurch trophische Störungen der Haut verursachen. Diese Ansicht findet an meinem Patienten deutliche Bestätigung. Die Uebereinstimmung der hornigen Gebilde mit gewissen anderen Hautaffectionen, welche durch zweifellose trophische Störungen

bewirkt werden, die symmetrische Localisation des Processes auf den Extremitäten, der Umstand, daß die Haut in der nächsten Umgebung der hornigen Gebilde, sowie unter denselben normal war, sprechen zu Gunsten der Annahme, daß in meinem Falle thatsächlich eine trophische Störung vorlag.

Die mikroskopische Untersuchung der afficirten Haut ergab in dem Falle Chauffard's das Bild des hornigen Papilloms: Wucherung der Hautpapillen, Verlängerung der Corpora Malpighii, leichte Erweiterung der Gefäße, Ansammlung von Leukocyten in der Nähe der letzteren, Verästelung der Papillen, Ansammlung von Leukocyten in den tiefen Epidermisschichten.

Jacquet erklärt die Entstehung des Processes folgendermaßen: Derselbe stellt eine diffuse papilläre Dermatitis dar, die einzelne, stärker afficirte Herde aufweist; in diesen letzteren bilden sich Dank der consecutiven Hyperkeratose hornige Borken oder Conuse. Leider war es mir unmöglich, in meinem Falle die mikroskopische Untersuchung vorzunehmen, da der Kranke in die vorgeschlagene Biopsie nicht einwilligte.

Als nun die Diagnose sicher gestellt würde, verordnete ich dem Patienten Salol in Dosen von 10 g dreimal täglich und warme Wannenbäder von 28° und halbstündiger Dauer täglich. Später wurde das Salol durch Natrium salicylicum ersetzt. Zur Aufweichung der Borken wurden Verbände mit Borsalbe (1 : 10) applicirt. Bei dieser Behandlung verschwand der Ausfluß aus der Harnröhre vollkommen, die hornigen Gebilde fielen ab und die Haut bekam innerhalb drei Monaten allmählich ihr normales Aussehen wieder; von Narben bezw. Flecken war nichts zu sehen. Die Arthritis ging gleichfalls zurück und der Kranke wurde am 9. Januar 1899, d. h. ein halbes Jahr nach dem Zeitpunkte der Infection, vollständig geheilt entlassen.

Indem ich meinen Fall sowohl, wie auch die in der Litteratur veröffentlichten resumire, glaube ich folgende Schlußsätze ziehen zu können:

1. Zu den Complicationen der gonorrhoischen Erkrankung, bei denen es sich um eine Vergiftung des gesamten Organismus mit Gonokokkentoxinen handelt, muß auch das Auftreten von Hautausschlägen gerechnet werden, und zwar solche in Form von hornigen Conusen und Borken.

2. Diese letzteren werden sowohl an und für sich wie auch gleichzeitig mit anderen Gonorrhoecomplicationen angetroffen, wie z. B. mit Polyarthritiden, Conjunctivitiden, Temperatursteigerung, Störung des Nervensystems etc.

3. Das Auftreten des hornartigen Ausschlags beobachtet man ungefähr in der fünften Woche nach der Infection.

4. Die ersten Efflorescenzen, die ziemlich zahlreich sind, kommen innerhalb 1—2 Tagen zum Vorschein; der Proceß bleibt jedoch darauf nicht beschränkt, sondern es entstehen neue, wenn auch schwächere so doch vollkommen gleichartige Efflorescenzen.

5) Die Localisation der hornigen Efflorescenzen ist größtenteils symmetrisch.

6. Auf derjenigen Körperseite, auf der die Arthropathie stärker ausgesprochen ist, treten auch die Efflorescenzen deutlicher und zahlreicher auf.

7. Der Lieblingssitz der gonorrhoischen Hautefflorescenzen sind die Handteller und Fußsohlen, wenngleich sie auch am Rumpf, Kopf und Halse angetroffen werden.

8. Außer der Haut findet man gleichzeitig Affectionen an den Conjunctiven und der Mundschleimhaut (in meinem Falle).

9. Fieberhafter Zustand mit Temperatursteigerung bis auf 38—39° und Ausfallen der Nägel treten als Begleiterscheinungen nicht immer im Verlaufe ähnlicher Fälle auf.

10. Die bacteriologische Untersuchung der Conuse und der Borken ergiebt stets negative Resultate.

11. Der Ausschlag verschwindet spurlos, ohne Narben bezw. Flecke zu hinterlassen.

12. Bei Recidiv der Urethritis recidivirt auch der Hautausschlag.

* * *

Nachschrift: Als sich dieser Aufsatz unter der Presse befand, kehrte der Patient in meine Abteilung mit Recidiv der Gonorrhoe und des Hautausschlags wieder zurück.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Popper (Budapest): **Ueber das abnormale Uriniren.** (Ungar. med. Presse 1900, No. 9, 10, 11, 12.)

Nach einer Besprechung des Mechanismus der Harnentleerung und sämtlicher zur Erklärung desselben aufgestellten Theorien geht Verf. auf die Abweichungen von den normalen Verhältnissen ein. Solche findet man

1. Hinsichtlich der willkürlichen Regulirung des Urinirens. So z. B. urinirt der gesunde Mensch bei Nacht gar nicht. Im Gegensatz dazu steht: Die Enuresis nocturna, deren Grund nach Bokai sen. darin liegt, daß der fortwährende Krampf des Detrusor und Sphincter vesicae im Traume bei der Besiegung des Sphincters endigt, während bei Tage der Sphincter siegt. Andere suchen die Ursache in der Anästhesie der Blaseninnervation, in einer Blasenneurose, in dem Krampf des Detrusor, in der angeborenen Sphincterschwäche. Verf. seinerseits meint, daß die Sphincterschwäche die Hauptrolle bei der Enuresis noct. spielt, so daß die Anästhesie des Sphincters dabei in zweiter Linie in Betracht kommt. Bei rachitischen, scrophulösen, mit einem Worte bei Kindern mit schwacher Musculatur muß man auch einen schwächer entwickelten Sph. int. oder ext. annehmen. nach Typhus und anderen schweren Krankheiten ist die Muskelverfettug

die Ursache der Schwäche. Und da solche Kinder nach entsprechender Behandlung des Grundleidens von ihrer Enuresis nocturna heilten, lag es nahe, mit inneren Mitteln die Enuresis noch zu bekämpfen, so mit Leberthran, Belladonna, Ext. nuc. vom. etc. In einem vom Verf. beobachteten Falle war die Ursache des Leidens der schwache Tonus des Sph. int., in einem anderen die Schwäche des Detrusor und in einem dritten eben eine Störung in der Function des Sph. int. Eine zeitweise Incontinenz kann durch Functionsstörung des Sph. ext. hervorgerufen werden.

2. Ueber die im acuten Ablauf des Urinirens zu beobachtenden Abweichungen.

a) Zu Beginn des Urinirens, wenn dasselbe leicht einsetzt, wird der Druck der Bauchpresse längere Zeit in Anspruch genommen. Das ist dann der Fall, wenn der Detrusor seiner Function nicht entsprechen kann, nämlich der Expulsion (bei Atonia vesicae), oder aber, wenn in irgend einem Teile der Harnröhre ein durch die normale Kraft des Detrusor nicht zu überwindendes Hindernis vorhanden ist, oder beides zusammen. Die Stelle dieses Hindernisses kann im Sphincter selbst liegen oder in einer Verengerung der Harnröhre. Die krampfhafte Contraction der Sphinct. int. oder noch häufiger des Sphinct. ext. kann einen solchen Grad erreichen, daß das Uriniren Stunden lang unmöglich wird. Das beobachtet man häufig bei Neurasthenikern oder bei schamhaften Individuen in der Pubertätszeit. In solchen Fällen muß man entweder zum Katheter greifen oder ein lauwarmes Bad eine halbe Stunde lang nehmen lassen. Andere organische Veränderungen bilden die Stricturen und die Vergrößerung der Prostata (Prostatitis, Hypertrophia). Die Therapie besteht in solchen Fällen in Behandlung des Grundleidens. Es kann ferner vorkommen, daß das Uriniren wider Willen schnell, vielleicht vorschnell beginnt. Die Ursache liegt hier entweder in einem Krampf des Detrusor oder in der unvollkommenen Schließung des Sphincters oder in beidem. Hierzu gehört auch das Harnträufeln, das bei Atonia vesicae in Folge Blasenhypertrophie vorkommt. Auch eine hochgradige Strictur in dem hinteren Teile der Harnröhre kann ein solches Harnträufeln bei Ueberfüllung der Blase zu Stande bringen.

b) Das Ausströmen des Harns. Pathologisch ist hier, wenn der Bogen, den der ausströmende Harn bildet, kraftlos oder nur senkrecht abfällt, was bei verminderter Kraft des Detrusor zu beobachten ist. Es kann das Uriniren trotz der Function der Bauchpresse sistiren. Dieses kommt bei krampfhafter Sphinctercontraction zu Stande, wie es bei Neurasthenikern der Fall sein kann. Bei normalem Detrusor und Sphincter kann diese Abnormität nur durch Fremdkörper (Steine, Blutgerinnsel, abgerissene Polypen etc.) zu Stande kommen. Von außen in die Blase gelangte Fremdkörper können unter gewissen seltenen Umständen dieselben Symptome geben. Größer ist der Urinbogen, wenn entweder der Detrusor sich stark contrahirt, was bei solchen Rückenmarkaffectionen vorkommt, die mit fast vollkommener Anästhesie der Harnröhre einhergehen, oder wenn die Harnröhre nahe dem Orific. verengt ist. Wenn die Oeffnung der Strictur nicht

central gelegen ist, ist der Urinbogen am Orificium gedreht oder flach, seine Richtung schief. Wenn die Strictur hochgradiger ist, so beginnt der Urinbogen sich zu verdünnen, bis er nach Erreichung der Dünne einer Bleistiftspitze langsam tropft Das Uriniren kann plötzlich aufhören, wenn vor den Sph. int. ein Körper geschwemmt wird, der in Folge seiner Größe nicht abgehen kann.

c) Die Beendigung des Urinirens. Bei Männern geschieht die Beendigung des Urinirens derart, daß der Urinbogen immer kleiner wird, worauf der Urin noch in zwei bis drei aufeinander folgenden Stadien ejaculirt wird Diese Ejaculation wird nicht durch die Bauchpresse vollführt, auch nicht durch die Muskeln der Perinealgegend, sondern durch die Musculatur der Harnröhrenwand. Das Harnträufeln hat seinen Grund in der unvollkommenen Schließungsfähigkeit des Sphincter int. oder ext., die wieder in dem narbigen Zustand des einen Muskels oder beider Muskel ihre Ursache hat. Das Harnträufeln zeigt sich häufig auch nach Blennorrh. postica, wo dann die Faradisation der Prostata gute Erfolge aufweist.

3. Beim Uriniren auftretende sensitive Abweichungen. Vor dem Uriniren fühlt man den Reiz zum Uriniren, der nicht unangenehm, nicht schmerzhaft ist. Wenn jedoch die den Sphinct. int. deckende Schleimhaut empfindlich wird, sei es durch Hyperämie oder durch Entzündung, oder in Folge Fremdkörper etc., dann können Schmerzen auftreten. Das Gefühl, schnell uriniren zu müssen, kann auch bei normaler Empfindlichkeit bestehen. Die Ursache hierfür liegt in der Schwäche des Sphinct int. (Atonia Prostatae) Prostatafaradisation ist auch hier von Nutzen. Wenn das Uriniren im Gange ist, so fühlt man nur das Ausfließen des Urins. Bei Urethr. acut. oder durch Hyperämie erzeugten Eingriffen fließt der Urin unter Gefühl des Brennens aus der Harnröhre Bei chronischer Prostatit. blenn. geht das Uriniren, außer dem häufigeren Drang zum Uriniren, noch mit stechendem oder brennendem Schmerz in der Gegend der Glans einher. Wenn bei Beendigung des Urinirens mit sehr heftigen Schmerzen einhergehende Sensationen bestehen, so wird dies zumeist durch einen Detrusorkrampf hervorgerufen, so bei Cystitis, Harnsteinen etc., auch bei bestimmten Rückenmarksaffectionen. Nach Beendigung des Urinirens spürt der Gesunde gar nichts. Die Spermaentleerung am Ende des Urinirens ruft oft ein brennendes, oft ein ganz fremdartiges, dem Kitzelgefühl ähnliches Gefühl hervor. Dieselben Paraesthesien sind bei Prostatorrhoe zu beobachten. Wenn die den Sph. int. deckende Schleimhaut hyperämisch ist, bleibt das Gefühl des Harndranges in Folge der Contraction dieses Muskels noch längere oder kürzere Zeit bestehen. Neurastheniker klagen nach Beendigung des Urinirens über die verschiedensten Paraesthesien; diese bestehen in dem Gefühl des Brennens, des Juckens und des Kitzelns. Auch nach dem Genusse von gewissen Speisen oder Getränken werden periodisch ähnliche Sensationen beobachtet, auch oftmaliger Drang zum raschen Uriniren.

Lubowski.

Glück (Sarajevo): **Lepra der männlichen Geschlechtsorgane.** (Przeglad lekarski, ref. nach Klin.-ther. Wochenschr. 1900. No. 21.)

Die in Form von Geschwülsten auftretende Lepra verursacht fast immer (in mehr als 95 pCt. der Fälle) Veränderungen an den Geschlechtsorganen. Wenn die leprösen Erscheinungen vor oder während der Pubertät auftreten, hemmen sie die Entwicklung der Genitalien und verursachen insbesondere Kleinheit der Hoden. Infantilismus der Genitalorgane hindert nicht die Entwicklung der Lepra an denselben. Bei geschlechtsreifen Männern verursacht die Lepra schon frühzeitig Schwund des Hodens und Impotenz. Am Penis tritt Lepra in Form von Tuberkeln und Infiltraten auf, und zwar an der Glans, am äußeren Blatte des Präputiums und an der Haut des Penis; am inneren Blatte des Präputiums und in der Fossa navicularis wurde Lepra nie beobachtet. Infiltrate an der Spitze der Eichel können in Ulceration übergehen und Strictur der äußeren Urethramündung verursachen. Am Hodensack können die leprösen Erscheinungen auch auftreten und Pachydermie verursachen. In 57 pCt. der Fälle werden die Hoden mitergriffen. Lepröse Entzündung der Hoden ist ziemlich selten. Die häufigste Erscheinung ist die lepröse Entzündung der Nebenhoden (bei 67 pCt. der Fälle). Diese Entzündung ist chronisch, am häufigsten beiderseitig und verursacht oft Azoospermie bezw. Aspermie. Lepröse Entzündung des Funiculus spermat. ist selten. Sowohl in dem Secret der Geschwüre als auch im Schleim aus der Urethramündung können Leprabacillen gezüchtet werden. Lubowski.

Ortowski (Petersburg): **Vergleichende Untersuchungen über den Wert des Piperazin (Schering), Lysidin, Urotropin, Uricedin und des Natrium bicarbonicum bei uratischer Diathese.** (Przeglad lekarski, ref. nach Klinisch-therap. Wochenschrift 1900, No. 21).

Die Schlußfolgerungen des Verf.'s auf Grund eigener Experimente sind:

1. Urotropin in wässeriger Lösung und bei künstlichem Zusatze zum Urin bei 37,5° C. löst nur schwach die Harnsäure; bei internem Gebrauch löst es mehr Harnsäure. Diese Eigenschaft verdankt es der Abspaltung von Formaldehyd im Organismus. 2. Verbindungen von Formaldehyd mit Harnsäure spalten sich leicht bei verschiedenen Manipulationen. 3. In wässerigen Lösungen bei 37,5° C. wirkt am stärksten harnsäurelösend Lysidin, dann Piperazin, Natrium bicarbonicum, Urotropin und Uricedin. 4. Bei künstlicher Zugabe von Piperazin, Natr. bicarbonicum, Uricedin und Urotropin zum Urin lösen dieselben nicht die Harnsäure. 5. Lysidin, Piperazin, Natr. bicarbonicum, Uricedin vermehren nicht die Löslichkeit der Harnsäure im Urin bei internem Gebrauche und vermindern nicht die Quantität der freien Harnsäure des Urins. 6. Piperazin verhindert die Bildung von Harnsäureconcrementen und löst die vorher entstandenen, beeinflußt jedoch nicht die Concremente der Harnwege. Lysidin, Natr. bicarbonicum, Uricedin und Urotropin sind in dieser Beziehung ganz wirkungslos. Lubowski.

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Neermann: **Ueber Methylviolett als Reagens auf Gallenfarbstoff im Harn.** (Hospitals-Tidende 1900, No. 21.)

Zum Nachweis des Gallenfarbstoffes im Harn wendet man am besten eine schwache wässerige Lösung von Methylviolett (1 : 200) an. Einige Cubikcentimeter dieser Lösung mit Harn vermischt geben unter solchen Umständen eine schön kirschensaftrote Färbung. Die Probe ist feiner als die gewöhnlichen Methoden (Jodätherprobe und Hammarsten's Probe) und sehr bequem anzuwenden, wird außerdem weder durch die Reaction des zu untersuchenden Harnes, noch durch Eiweiß, Zucker, Kreatinin, Diacetsäure, Aceton oder Indican beeinflußt. Die Ausscheidungsproducte von Salicylpräparaten (Natron salicylicum, Salol, Salipyrin) geben keine Reaction, dagegen bringt das Urobilin dieselbe Färbung als der Gallenfarbstoff hervor.

Max Melchior (Kopenhagen).

Dr. Waldvogel: **Zur Lehre von der Acetonurie.** (Zeitschr. für klin. Medicin, Bd. 38, Heft 4, 5, 6.)

Verf. hebt den auffallenden Umstand hervor, daß das Aceton gegenüber der Harnsäure in den Hintergrund gedrängt ist, trotzdem das erstere ein weit practischeres Interesse hat, als die Harnsäure, denn während die Behandlung der Gicht und die Studien über die Entstehung der Harnsäure noch wenig mit einander in Einklang stehen, ist das Auftreten von Aceton im Urin entscheidend für die Behandlung der Diabetiker gewesen, da man in der Annahme, daß die eiweißreiche Kost, die Menge des Acetons vermehrend, zum Coma führe, dessen Ursache in einer Acetonvergiftung gesehen wurde, vor der Einführung der entsprechenden Diät warnte. Weiter bezeichnet Verf als merkwürdig, daß einfach aus der Thatsache einer Acetonvermehrung bei einseitiger Eiweißkost die Entstehung des Acetons aus dem Eiweißzerfall des Körpers hergeleitet ist, obwohl chemisch die Entstehung des Acetons aus Kohlehydraten oder Fetten viel näher lag. Verf. hat nun im chemischen Laboratorium der Göttinger medicinischen Klinik in der angegebenen Richtung eine Anzahl Untersuchungen ausgeführt, deren Ergebnisse er folgendermaßen formulirt:

1. Körper- und Nahrungseiweiß sind wohl sicher die Quelle des Acetons nicht.

2. Kohlehydrate wirken per os Aceton vermindernd, subcutan eher vermehrend.

3. Fett per os steigert die Acetonurie, subcutan nicht.

4. Der normale Organismus kann, ohne daß eine Aenderung in der hinsichtlich der Menge ungenügenden Ernährung eintritt, Acetonurie zum Schwinden bringen; er stellt sich bei einseitiger Eiweißkost auf eine hinter

der der ersten Tage weit zurückbleibende Menge ein. In der Höhe der Acetonurie bei gleicher Ernährung kommen individuelle Verhältnisse zum Ausdruck Bei sinkender Oxydationskraft oder massenhaftem Zerfall werden Acetessigsäure und Oxybuttersäure. die niedrigen Oxydationsstufen des zerfallenen Fettes, ausgeschieden. Die Mitwirkung der Oxydationskraft beim Zustandekommen der Acetonurie ist eine bedeutende.

5. Man sollte die Schwere des Diabetes nicht allein durch die Ausnutzung der Kohlehydrate, sondern auch darnach beurteilen, als was per os eingeführtes Fett ausgeschieden wird und den niedrigeren Oxydationsstufen des Fettes größeren Wert beilegen, um so die Oxydationskraft des Diabetikers beurteilen zu können.

6. Die Aceton vermehrende Wirkung des Alkohols steht noch nicht fest, Thyreoidea steigert die Menge des ausgeschiedenen Acetons.

7. Die in den Verdauungstractus eingeführten Kohlehydrate und Fette sind fast allein von ausschlaggebender Bedeutung für die Höhe der Acetonurie; die Dyspepsie wirkt nur so weit, als sie auf die Ausnutzung dieser Nährstoffe Einfluß hat.

8. Der Legal'schen Reaction haften Mängel an, jedenfalls ist sie für die Beurteilung der Stärke der Inanition, speciell des Fettzerfalls und damit der Schwere des Diabetes, ungenügend. **Lubowski.**

Dr. Horton-Smith (London): **Urotropin als Harndesinficiens bei Typhus.** (The British Medical Journal 1900, No. 2049.)

Bekanntlich giebt es bei Typhuskranken vier Ausscheidungen, welche mehr oder minder oft als ansteckend bezeichnet sind: der Schweiß, der Auswurf, die Fäces und der Urin. In vorliegender Arbeit beschäftigt sich Verf. hauptsächlich mit der vierten Ausscheidung, dem Urin, durch den der Typhus hauptsächlich verbreitet werden soll. Im Gegensatze zu den Fäces ist der Urin regelmäßig erst im letzten Stadium oder während der Genesung gefährlich. Die Typhusbacillen treten im Harn fast stets in Reincultur auf und in großen Mengen, so daß deren Nachweis stets leicht ist. Was die Häufigkeit betrifft, so findet man Typhusbacillen im Harn in einem von vier Krankheitsfällen. Demnach kann die Ansicht, daß der Typhus weiter nichts als eine Affection des Ernährungscanals sei, nicht länger aufrecht erhalten werden; vielmehr muß derselbe als eine modificirte Form von Septicämie angesehen werden.

In neuerer Zeit hat Verf. 45 Fälle von Typhus in der angegebenen Richtung untersucht; 28 davon hatten keine Typhusbacillen im Urin, bei 17 dagegen fiel die Untersuchung positiv aus; demnach betragen die positiven Resultate beinahe 38 pCt. Was speciell London betrifft, glaubt Verf. mit Recht sagen zu können, daß durchschnittlich 25 pCt. aller Typhusfälle durch die Gegenwart des Typhusbacillus im Harn gefährlich werden. Da die Typhusbacillen im Harn, wie gesagt, in großen Mengen auftreten, so können sie leicht entdeckt oder wenigstens vermutet werden. Der trübe Urin macht

sich schon dem bloßen Auge auffallend und man braucht ihn nur in einen Kolben zu schütten, an's Licht zu halten und leicht zu schütteln, um sich Gewißheit über den Character der Trübung zu verschaffen. Ist die Trübung durch Mikroorganismen verursacht, so sieht man sofort einen eigentümlichen Schimmer in der Flüssigkeit, als wenn man trübe Culturbouillon geschüttelt hätte, eine Erscheinung, welche nicht beobachtet wird, wenn der Urin etwa durch Urate oder Phosphate getrübt ist

Der Urin typhöser Kranker birgt in sich also große Gefahr als ein Verbreitungsmodus des Typhus, und man strebte nach dem Besitz eines Mittels, durch welches man den Urin unschädlich machen könnte. Ein solches Mittel ist nun das Urotropin, das bei der Cystitis Typhuskranker eine wirklich wunderbare Wirkung hervorbringt. Der trübe Urin wird nach Darreichung von 2 g Urotropin binnen 24 Stunden vollständig klar. Diese Wirkung des Urotropins ist so constant, daß, wenn der Urin nach 24 Stunden noch nicht klar ist, gewöhnlich nicht der Typhusbacillus, sondern ein anderer, event. eine Abart des Bacillus coli vorliegt. Durch längere Darreichung von Urotropin kommt es zur Heilung, wenn keine Reinfection vom Blute aus stattfindet. Für die Heilung genügen zuweilen 4 g Urotropin; um aber ganz sicher zu sein, empfiehlt es sich, das Mittel wenigstens eine Woche lang zu geben.

Was nun die Indication zur Darreichung des Urotropins betrifft, so wird dasselbe natürlich stets gegeben, wenn durch den Typhusbacillus hervorgerufene Harncomplicationen vorhanden sind. Da diese aber meist unbeobachtet vorübergehen, weil der Patient über nichts zu klagen hat, so sollte Urotropin bei jedem Falle schon als Prophylacticum gegeben werden, denn mag die Pflege noch so gut sein, mag man mit dem Urin des Patienten noch so vorsichtig umgehen, die Beschmutzung des Bettzeuges und die dadurch ermöglichte Weiterverbreitung der Krankheit kann doch nicht vermieden werden. Das Mittel müßte in Dosen von 2 g pro Tag im Laufe der ganzen Krankheit und während der drei ersten Wochen der Genesung gegeben werden. Dieser Maßregel steht nichts im Wege, da das Urotropin, abgesehen von einem leichten Schmerz in der Harnröhre (übrigens nur bei concentrirteren Lösungen), keinerlei üble Nebenerscheinungen hervorruft. Es kann mit irgend einer Medicin zusammen gegeben werden und stört die übliche Behandlungsweise des Typhus in keiner Weise.

Lubowski.

Hirschfeld: **Zur Prognose der Glycosurie und des Diabetes.**
(Berlin. klin. Wochenschrift 1900, No. 25/26.)

Die Beurteilung einer Zuckerausscheidung im Harn hängt häufig wesentlich davon ab, ob man sie als einfache Glycosurie oder als ein Zeichen von Diabetes ansehen will. In dem ersteren Falle nimmt man vielleicht vorübergehende, mangelhafte Leistungsfähigkeit der zuckerzerlegenden Function des Organismus an, in den anderen Fällen erblickt man in der Zuckerausscheidung das Symptom einer als unheilbar geltenden Erkrankung Gerade

in dieser Beziehung, inwieweit der Diabetes wirklich als unheilbar gelten muß, ist Verf. auf Grund eigener Beobachtungen zu anderen als den bisher herrschenden allgemeinen Anschauungen gekommen. Diese sind: Bei der großen Veränderlichkeit der diabetischen Functionsstörung stimmen alle Autoren darin überein, daß die Prognose der leichteren Formen des Diabetes günstiger zu stellen ist, als es nach den bisher meist unter den Aerzten herrschenden Anschauungen noch der Fall ist. Nach Verf.'s Untersuchungen ist eine relative Heilung — Zuckerfreiheit bei Ernährung mit 200 g Kohlehydraten täglich — dann zur erwarten, wenn bei Ausbruch der Krankheit noch 80—85 pCt. der genossenen Kohlehydrate im Organismus verbrannt werden. Eine Verschlechterung in der Assimilation der Kohlehydrate hat Verf. beobachtet nach Influenza, eigenartigen Kolikanfällen (Pankreaskoliken?), in einem besonders hohen Grade jedoch bei Gangrän und Furunkeln. Die Verschlimmerung der Glycosurie wird bisweilen durch eine Zunahme, die Besserung durch eine Abnahme der Urinmenge angezeigt. Mitunter wird bei rascher Körpergewichtszunahme eine Zunahme der Glycosurie beobachtet, die nach einer knapperen Ernährung wieder zurückgeht. Die bei Diabetes häufig hervortretende Herzschwäche wird durch eine antidiabetische Diät (Verminderung, nicht vollständiger Ausschluß der Kohlehydrate) günstig beeinflußt. Lubowski.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Lanz: Ueber die Lagerung der Gonokokken im Trippersecret. (Archiv für Dermatologie und Syphilis 1900, Band 52, Heft 1.)

Bei seinen Versuchen über die Lagerung der Gonokokken im Secret ist Verf. zu folgendem Resultat gekommen:

1) Die vorwiegend extra- oder intracelluläre Anordnung der Gonokokken im Secret hängt hauptsächlich von der Art der Gewinnung desselben ab. Wird das Secret durch stärkeres Ausdrücken gewonnen, so erhält man stets extracelluläre Gonokokkengruppen. Dies wird immer der Fall sein, wo das Secret nur gering ist, also im Beginn und im Endstadium einer acuten Gonorrhoe, kurze Zeit nach dem Uriniren u. s. w.

2. Eine Trennung der acuten Gonorrhoe auf Grund mikroskopischer Secretuntersuchung in zwei Kategorien, in eine mit intracellulärer und eine zweite mit extracellulärer Gonokokkenlagerung entspricht nicht den Thatsachen, denn man kann je nach der Art der Gewinnung des Secretes bei demselben Patienten zu gleicher Zeit Präparate mit vorwiegend intracellulärer, wie auch umgekehrt mit vorwiegend extracellulärer Lagerung der Gonococcen herstellen.

3. Irgend welche prognostische Bedeutung kommt also dieser oder jener Anordnung der Gonokokken im Secret an sich nicht zu.

4. Die extracelluläre Lagerung der Gonokokken an sich kann keinesfalls als Contraindication für eine locale Behandlung des Trippers angesehen werden. Stockmann (Königsberg.)

Dr. Kienböck: **Ueber einen Fall von gonorrhoischer Arthritis und Neuritis.** (Vortrag im Wiener medicin. Club vom 25. Mai 1900.)

Der Fall betrifft eine 26jährige, im fünften Monat der ersten Schwangerschaft stehende Frau, bei der eine Lähmung und Deformation der linken oberen Extremität besteht. Diese Extremität ist viel schmächtiger als die gesunde rechte, nur in der Gegend des Ellbogengelenkes verhältnismäßig verdickt. Das Unterhautzellgewebe in der ganzen Ellbogengelenksgegend ist verdickt, die Haut der ganzen Extremität marmorirt und sich kühl anfühlend, die Hohlhand schwitzt stark. Ab und zu stellen sich Schmerzen und Parästhesien in der Schulter und bis hinab zu den Fingern ein; im Schultergelenk sind die activen und passiven Bewegungen sehr eingeschränkt und lassen eine Crepitation wahrnehmen. Bei dem Versuch, das Ellbogengelenk über 165 Grad zu beugen, macht sich plötzlich ein fast unüberwindlicher Widerstand geltend, verbunden mit heftigen Schmerzen in der Gegend des Olecranon. Der Widerstand ist durch eine Verkürzung des M. triceps, jedoch nicht durch eine Contractur desselben bedingt. Kurz, der gesamte Zustand konnte als das Residuum einer Combination von Arthritis und Neuritis angesehen werden. Bezüglich der Aetiologie hatte Vortr. in gleichzeitig bestehender Cystitis und eitriger Urethritis einen Anhaltspunkt dafür, daß die Erkrankung durch Gonorrhoe herbeigeführt wurde; die Anamnese sprach gleichfalls dafür. Die Patientin erkrankte mehrere Tage nach ihrer Verheiratung mit einem Manne, der an eitrigem Urethralausfluß litt, unter Fieber und Mattigkeit und einer schmerzhaften Schwellung am linken Fußrücken. Nach 14 Tagen traten heftige Schmerzen in beiden Armen hinzu, von denen der rechte Arm bald wieder gebrauchsfähig wurde, während der linke die gegenwärtige Affection zurückbehielt. Die Patientin blieb sechs Wochen zu Bett und bekam Natrium salicylicum. Der Fall konnte auch bei oberflächlicher Betrachtung als gewöhnlicher Gelenkrheumatismus angesehen werden. Jedoch mußte man auf Grund der Anamnese an eine gonorrhoische Allgemeininfection denken. Der weitere Verlauf der Krankheit, nämlich die hinzugetretene eitrige Urethritis und Cystitis, setzte die Diagnose außer jeden Zweifel. Die Therapie besteht in solchen Fällen, die bisher allerdings nur selten beschrieben worden sind, in Bädern, Massage, activen und passiven Bewegungen und Galvanisation. Was seinen Fall betrifft, so glaubt Vortr., durch diese Behandlung nur eine Besserung in den Bewegungen der linken oberen Extremität erzielen zu können.

Lubowski

Dr. Dokutschajew: **Behandlung der Gonorrhoe mit Dermatol.** (Wojeno-medicinski Journal. Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, Heft 2.)

Verf. behandelte mit Dermatol 19 Fälle von acuter und 11 Fälle von chronischer Gonorrhoe. Bei acuten Fällen und bei Erkrankungen der ganzen Harnröhre wurde die letztere zunächst mittels Katheters mit einer warmen 2proc. Borsäurelösung oder mit einer gleichen Lösung von Kali hypermanganicum ausgespült. Hierauf wurde mittels einfacher oder Guyon'scher Spritze zunächst in den hinteren und dann in den vorderen Teil der Harnröhre folgende Dermatolemulsion eingespritzt: Rp. Dermatoli pulv., Gummi arab. āā 2,5, Aquae destill 25,0. Die Einspritung wurde alle 3—4 Stunden wiederholt, die Flüssigkeit mindestens 5 Minuten in der Harnröhre belassen und dann tropfenweise entleert. Der Patient erhielt die Verordnung, bis zur nächsten Einspritzung nicht zu uriniren.

War nur der vordere Teil der Harnröhre erkrankt, so wurde zunächst nur dieser Teil, nach 3—4 Tagen auch der hintere Teil der Harnröhre behandelt. In chronischen Fällen wurde nach Ausspülung der Harnröhre in dieselbe ein mit folgender Salbe bedecktes Stäbchen eingeführt: Rp. Dermatoli 0,6, Lanolini 10,0, Cerae albae 2,0. Die Resultate sind im Allgemeinen folgende: Acute Fälle heilten durchschnittlich in 16,7, chronische durchschnittlich in 26,3 Tagen ab. In 3 Fällen stellte sich eine Complication in Form von Epididymitis ein. Von den 19 acuten Fällen gingen 3 in chronische über. Von den 11 chronischen Fällen blieben 3 von der Behandlung nicht beeinflußt.

Lubowski.

Dr. Tschitschulin: **Protargol bei Gonorrhoe.** (Wojenno-medicinski Journal. — Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, Heft 5.)

Verf. hat in 40 Fällen von acuter und chronischer Gonorrhoe Protargol angewendet. In jedem Falle wurde die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung des Harnröhrenausflusses auf Gonokokken gesichert. Bei Urethritis anterior wurde die Injection mittels Tarnowski'scher Spritze dreimal täglich gemacht, und zwar wurde die Flüssigkeit zweimal täglich je fünf Minuten lang und einmal, vor dem Schlafengehen, eine halbe Stunde lang in der Harnröhre belassen, wobei im letzteren Falle die Flüssigkeit alle fünf Minuten oder, bei spärlichem Ausfluß, noch seltener gewechselt wurde. Bei Urethritis posterior wurden die Injectionen durch die Janet'sche Behandlungsmethode ersetzt. Verf. begann die Behandlung mit $^1/_4$proc. Protargollösung und steigerte dieselbe rasch bis $^1/_2$—1 pCt, nur in drei Fällen ging er bis zu 2 pCt. hinauf. Das Protargol wurde nach folgender Formel verordnet: Rp. Protargoli 0,5 – 2.0, Glycerini 1,0, Solut. natrii chlorati 0,6—200.0. Bisweilen wurde jedoch nur eine wässerige Protargollösung ohne Glycerin verordnet, wenn letzteres Brennen und Schmerzen in der Harnröhre bewirkte.

Auf Grund eingehenden Studiums der einschlägigen Litteratur, sowie auf Grund seiner eigenen Beobachtungen gelangt Verf. zu dem Schlusse,

daß die gegenwärtige Begeisterung für das Protorgol vollkommen unbegründet ist. Bezüglich der Behandlungsdauer, wie auch der Endresultate der Behandlung besitzt das Protargol keine Vorzüge dem Argentum nitricum, bezw. dem Zincum hypermanganicum gegenüber. Dabei kann das Protargol nur in Fällen von acuter Gonorrhoe, namentlich wenn dieselbe auf den vorderen Teil der Harnröhre beschränkt bleibt, empfohlen werden. Bei chronischer Urethritis ergiebt das Protargol meistenteils negative Resultate. Das Protargol schützt durchaus nicht vor einem Uebergang der Infection von dem vorderen Teil der Harnröhre auf den hinteren. Ein sehr wichtiger Vorzug des Protargols ist seine Eigenschaft, bei localer Anwendung keine Reizerscheinungen hervorzurufen; in denjenigen Ausnahmefällen, in denen eine Reizung der Harnröhrenschleimhaut doch stattfindet, verringert sich die Intensität der localen Reaction sofort, sobald man das Protargol nur in wässeriger Lösung ohne Glycerinzusatz anwendet. Die bei Anwendung von starken Protargollösungen eintretende Desquamation des Epithels der Harnröhrenschleimhaut führt niemals zu schädlichen Folgen, vielmehr wird dadurch die Entfernung der Krankheitskeime und ihrer Stoffwechselproducte gefördert.

Lubowski.

Dr. Ssorotschinski: **Beitrag zur Frage der Gonorrhoebehandlung nach Janet.** (Jeschenedelnik 1900, No. 13.)

Verf. hat eine Anzahl Kranker verschiedenen Alters und mit verschiedener Entwicklung des Muskel- und Nervensystems nach der Janetschen Methode behandelt. Zwei Drittel der Kranken waren solche mit äußerst vernachlässigter chronischer Gonorrhoe, welche bereits mit den verschiedensten Mitteln behandelt worden sind. Die Janet'schen Ausspülungen wurden täglich vorgenommen, und zwar mittels eines Esmarchschen Irrigators, der sich in einer Höhe von $1^1/_2$ m oberhalb des Lagers des Kranken befand. Die Ausspülungen wurden mit warmen Lösungen von Kali hypermanganicum von steigender Concentration gemacht. Zuerst wurde der vordere Teil der Harnröhre mittels schwachen Strahles ausgespült, dann erst wurde das Ansatzrohr in den Meatus externus der Harnröhre dicht eingeführt. Nachdem die Flüssigkeit den Widerstand des Sphincters überwand und die Harnblase füllte, verspürte der Patient Harndrang und die Ausspülung wurde unterbrochen. Gleichzeitig mit den Ausspülungen wurden die etwa bestehenden Stricturen der Harnröhre mittels systematischer Bougiedilatation, die etwa bestehenden Pyelitiden mit Salol, Desinficientien, Diureticis behandelt.

Auf Grund seiner gesamten Erfahrungen gelangt Verf. bezüglich des Wertes der Janet'schen Methode der Gonorrhoebehandlung zu folgenden Schlüssen:

1. Es ist gefährlich, acute Urethritiden nach Janet zu behandeln; ist die Behandlung doch eingeleitet, so darf sie im Anfange selbst auf einige Tage nicht unterbrochen werden.
2. Manche Individuen vertragen die Janet'schen Ausspülungen nicht.

3. In chronischen Fällen, selbst in stark vernachlässigten, giebt die Janet'sche Methode bisweilen günstige und rasche Erfolge, die jedoch nicht besonders constant sind, da nicht selten Recidive auftreten.

4. Als Complication der Janet'schen Behandlungsmethode kann sich vorübergehende Harnincontinenz einstellen.

5. Die Janet'schen Ausspülungen müssen in liegender Stellung des Patienten vorgenommen werden. Lubowski.

Kaufmann: **Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica.** (Monatshefte f. pract. Dermatologie 1900, Bd. 30, Heft 11.)

Das Verfahren, das Verf bei Wossidlo kennen gelernt hat, besteht in Folgendem: Saubere Gazestreifen oder Leinwandläppchen, groß genug, um den erkrankten Teil zu bedecken, werden in mehreren Lagen übereinander gelegt, mit möglichst heißem Wasser getränkt und damit die entzündete Partie umhüllt; darüber kommt dann ein größeres Stück Guttaperchapapier, welches die Gazestreifen vollständig überdeckt, und hierüber Watte. Dann läßt man den Patienten stets ein gut sitzendes Suspensorium, am besten ein Zeissl-Langlebert'sches, tragen. Dieses wird mit Watte so ausgepolstert, daß der Hoden absolut immobilisirt ist. Die Gazestreifen sollen, wenn möglich, alle zwei Stunden wieder frisch mit heißem Wasser getränkt werden. Eine Maceration der Haut hat Verf nur selten und im geringen Maße gesehen, jedenfalls seltener als bei essigsauren Thonerdeumschlägen.

Als Vorzüge der Methode Wossidlo's, mit der man übrigens auch Ichthyol- oder Jodsalbenverbände combiniren kann, was aber keineswegs nötig ist, hebt Verf. folgende hervor: 1. Große Billigkeit. Die Gaze braucht nicht so oft erneuert zu werden, als wenn man sie mit essigsaurer Thonerde tränkt. Durch letztere verliert jene bekanntlich bald ihre Aufsaugefähigkeit. 2. Möglichkeit einer ambulanten Behandlung. 3. Schnellere und gründlichere Restitutio ad integrum.

Verf. erklärt sich die hervorragende Wirkung der Heißwasserbehandlung so, daß durch sie eine passive Hyperämisirung stattfindet. Lubowski.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Prof. Alex Haslund: **Ueber Reinfection bei Syphilis.** (Hospitals-Tidende, No. 23.)

Die Reinfection bei Syphilis gehört zu den größten Seltenheiten, kommt doch unzweifelhaft vor, wenn auch die Mehrzahl der publicirten Fälle einer wissenschaftlichen Kritik gegenüber nicht stichhaltig sind. Um einen

solchen Fall als beweiskräftig anzusehen, muß man mit Fournier gewisse Forderungen aufstellen. Es soll nämlich constatirt werden

1. eine unzweifelhafte Syphilis mit indurirtem Schanker, primärer Adenitis und danach folgende Roseola oder anderweitige syphilitische Symptome (Kopfschmerzen, Alopecie oder Plaques muqueuses);

2. ein Ruhestadium von mehreren Jahren mit nicht syphilitischen oder jedenfalls nur tertiären Symptomen.

3. neue Infection mit frischem indurirtem Schanker, neuen Drüsenschwellungen und danach folgende secundäre Symptome.

Die meisten der in der Litteratur veröffentlichten Fälle sind in dieser Beziehung nicht überzeugend. Verf. teilt nun einen Fall, der den obigen Ansprüchen genügt, mit. Bei einem 20jährigen Manne erfolgte die Reinfection nach 13 Jahren, und jedesmal wurde zudem der Patient von A. behandelt und von ihm die Diagnose gesichert. Es gelang außerdem, die syphilitische Ansteckungsquelle jedesmal nachzuweisen, was nach Verf. als Nebenforderung aufgestellt werden muß.

Max Melchior (Kopenhagen).

Dr. Pebart (Moskau): **Ueber continuirliches Fieber syphilitischen Ursprungs.** (Vortrag in der Moskauer Therapeutischen Gesellschaft. Nach Wratsch 1900, No. 20.)

P beschreibt drei Fälle, die als ein bedeutender Beitrag zur Pathologie der Syphilis anzusehen sind.

Der erste Fall betrifft einen 35jährigen Mann mit bis auf Alkoholmißbrauch ziemlich freier Anamnese, der im 22. Lebensjahre Syphilis acquirirt und damals 30—40 Quecksilberinjectionen erhalten hatte. Im selben Jahre widmete sich der Patient dem pädagogischen Beruf, lebte höchst unregelmäßig und trieb starken Alkoholmißbrauch. Im 25. Jahre verheiratete er sich, wählte einen anderen Beruf und änderte seine Lebensweise. Die Frau des Patienten ist gesund und gebar drei Kinder, die sämtlich am normalen Schwangerschaftsende und ohne Exantheme zur Welt kamen. Nach einigen Jahren wurde der Patient nach einer Malariagegend versetzt und bekam hier nach zwei Monaten Fieber von äußerst unregelmäßigem Typus Dasselbe stellte sich gewöhnlich Abends ein und wiederholte sich alle 2—3 Tage. Chininbehandlung ohne Erfolg. Im nächstfolgenden Frühling verschlimmerte sich der Zustand: das Fieber stellte sich nunmehr täglich ein und wurde bisweilen von Schüttelfrösten und Schweißen begleitet. Im Sommer Besserung. In den folgenden vier Jahren hatte der Patient, wie er versichert, tägliche Fieberanfälle bis 38,5—39°. In dieser Zeit stellten sich einige Mal Anfälle von heftigen Schmerzen im rechten Hypochondrium ein, ohne daß jedoch zwischen diesen Schmerzen und dem Fieber irgend ein Zusammenhang festgestellt werden konnte. Der Patient wurde mit Chinin, Arsenik und Amaris behandelt. Im Mai 1897 wechselte der Patient wieder seinen Aufenthaltsort, jedoch ohne Erfolg. Sein Zustand wurde von manchen Aerzten als Malaria, von anderen als

Lungentuberculose gedeutet und dementsprechend mit Chinin bezw. Creosot behandet. Status bei der Aufnahme im October 1899: Der Patient ist schlecht genährt, Unterhautzellgewebe fettarm, Muskeln schlaff, Knochensystem regelmäßig, keine Exantheme, keine Geschwüre, keine Oedeme, Drüsen nicht vergrössert, Appetit mangelhaft. Obstipation, Gallenblasengegend leicht schmerzhaft, Leber etwas vergrößert, palpabel, Leberrand derb, schmerzhaft Auf der Oberfläche des linken Leberlappens fühlt man eine schmerzhafte Prominenz. Milz etwas vergrößert, nicht palpabel, Husten, Asthma, Auswurf gering, keine Tuberkelbacillen. Percussion und Auscultation der Lungen ergeben nichts Abnormes. Herzschlag, Puls regelmäßig, Herz nicht vergrößert, Herztöne rein, Arterien etwas derb. Die Zahl der roten Blutkörperchen beträgt 4500000. Im Harn nichts Abnormes. Kopfschmerz, Schwindel. Temperatur 37,5—38,7°. Auf Grund obigen Befundes wurde die Diagnose per exclusionem auf Syphilis, und zwar auf Gummata der Leber gestellt. Die eingeleitete antisyphilitische Behandlung bestätigte die Diagnose: nach mehrwöchigem Gebrauch von Jodnatrium verschwanden die Schmerzen in der Leber fast vollkommen, das Fieber hörte auf, der Patient begann an Körpergewicht zuzunehmen, die Prominenz im linken Leberlappen war nicht mehr zu fühlen. Es wurden noch 12 Quecksilbereinreibungen gemacht, wonach der Patient mit einer Körpergewichtszunahme von $11^1/_2$ Pfd. und bis auf geringe Schmerzhaftigkeit der Leber im Zustande vollständigen Wohlergehens entlassen wurde.

Der zweite Fall betrifft eine 28jährige Patientin, welche über Schmerzen in der rechten Seite, über Fieber und Abmagerung klagte. Mit 18 Jahren hatte sie Syphilis acquirirt und wurde mit Quecksilbereinreibungen und anscheinend auch mit Quecksilber innerlich behandelt. Nach einem halben Jahre vorzeitige Geburt. Hierauf folgten acht Jahre relativen Gesundseins. Im Juli 1889 Schmerzen in der Brust und Verdickung des rechten Unterschenkelknochens, welche letztere auf Quecksilberpflaster zurückging. Bald gesellten sich zu den Schmerzen Abmagerung und Fieber hinzu. Behandlung mit Eisen, Arsenik und Milch. Fünfwöchiger Aufenthalt in der Krim. Bedeutende Besserung Im November 1899 wiederum Fieber und Schmerzen in der rechten Seite. Der Zustand verschlimmerte sich immerfort trotz Creosot und subcutanen Arsenikinjectionen. Status bei der Aufnahme: Bedeutende Abmagerung, mangelhafter Appetit, Obstipation, Schmerzhaftigkeit des linken Leberlappens, bisweilen Reibegeräusch oberhalb der Leber, Vergrößerung der Leistendrüsen, Asthma, heftiger Schmerz bei Druck auf die unteren Rippen rechts und geringe Verdickung dieser Rippen, beschleunigter Puls, allgemeine Schwäche, Nachtschweiße und Fieber von 37,1—39,5°. Sonst Alles normal. Diagnose: Syphilitische Entzündung der Leberkapsel und des Rippenperiostes. Jod und Quecksilber. Nach 14 Tagen vollständige Genesung.

Der dritte Fall betrifft einen 32jährigen, aus gesunder Familie stammenden Patienten, der gleichfalls über Fieber, Schwäche, Abmagerung und Kopfschmerzen klagte. Mit 24 Jahren Gonorrhoe, mit 29 harter Schanker

mit nach 6 Wochen folgendem Exanthem und Fieber. Schwund sämtlicher Erscheinungen nach 30 Einreibungen. Im August 1898 wiederum 28 Einreibungen und Schwefelwannenbäder. Im November trotzdem Schmerzen in der linken Brusthälfte, im Brustbein und in den Seiten, Fieber bis 38,1°, Herzklopfen. Fieber unregelmäßig, Chinin und Arsenik ohne Erfolg. Status bei der Aufnahme: Schmerzhaftigkeit des unteren Drittels des Oberarmknochens, Ulnardrüsen vergrößert, mangelhafter Appetit, Leber gesund, Milz etwas vergrößert, Asthma, Husten, schleimiger Auswurf ohne Tuberkelbacillen; in den Lungen nichts Abnormes; Puls beschleunigt und schwach, Herz gesund, Arterien derb. Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, allgemeine Schwäche, Temperatur bis 38,0°, bisweilen Schüttelfröste. Nachtschweiße, starke Abmagerung; keine Malariaparasiten. Mit Rücksicht auf die Entzündung des Periostes des Humerus und auf die Anamnese wurde Syphilis angenommen und Jodbehandlung verordnet, welche in Anbetracht des marantischen Zustandes des Kranken mit äußerster Vorsicht durchgeführt wurde. Nach drei Wochen bedeutende Besserung: die Periostitis verschwand, der Allgemeinzustand besserte sich, das Fieber hörte fast vollständig auf. Fortsetzung der Jodbehandlung. Nach fünf Monaten vollständige Genesung.

Man hat es also in den vorstehenden Fällen mit Fieber im tertiären Syphilisstadium zu thun, über das die in der Litteratur vorhandenen Angaben noch ziemlich spärlich sind. Bezüglich der Entstehung dieses Fiebers ist Vortr. der Ansicht, daß dasselbe in manchen Fällen, namentlich bei Neurasthenikern, auf directe Reizung der Wärmecentren durch das syphilitische Gift zurückzuführen ist.

Die Ansicht, daß gummöse syphilitische Affectionen fieberlos verlaufen, welche früher so weit ging, daß man fieberlosen Verlauf als differentialdiagnostisches Merkmal zwischen Syphilis und Lungentuberculose betrachtete, dürfte nunmehr als widerlegt anzusehen sein. Lubowski.

Gaston: **L'évolution de la syphilis et les associations microbiennes.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 6. Soc. de derm. et de syph., séance du 7. juin 1900.)

Aus dem Sectionsmaterial der Klinik Fournier's zieht G. den Schluß daß die Syphilis der Erwachsenen selten zum Tode führt und daß der Tod in diesen Fällen durch Combination mit toxischen oder infectiösen Krankheiten eintritt. Die Syphilis allein führt hauptsächlich im secundären Stadium durch cerebrospinale Krankheiten oder infectiöse Leberaffectionen, im Spätstadium durch Localisation in den nervösen Apparaten oder durch, parasyphilitische Erkrankungen, d. h. durch Erkrankungen, die zwar durch die Syphilis veranlaßt sind, die aber auch durch irgend ein anderes toxisches oder infectiöses Agens hervorgerufen werden können, zum Tode (Herz- oder Nierenerkrankungen). Indirect schließlich kann die Syphilis zur Todesursache werden, indem für andere Erkrankungen der Boden durch sie vorbereitet wird, namentlich für Tuberculose und Krebs. Mischinfectionen

sollen klinisch sehr häufig sein und besonders im tertiären Stadium oft vorkommen. Die meist anzutreffenden Bacterien sind der Gonokokkus, der Ducrey'sche Bacillus, ein sich nach Gram färbender Pseudogonokokkus: Diplokokken und Staphylokokken sowie Stäbchenformen kommen auf Schanker und Plaques muqueuses wie Condylomen gewöhnlich vor, während Streptokokken, Pseudogonokokken, unbestimmte Diplokokken und Koch'sche Bacillen sich namentlich auf späten Producten finden. Alle diese Mischinfectionen verändern die Krankheitsform nicht in bestimmter Weise. In vielen Fällen selbst von ulcerativen Processen gelingt es nicht, selbst durch die Cultur Bacterien nachzuweisen. Das erste Stadium der Syphilis wird hervorgerufen durch das anaërobe Stadium der Bacterien der Syphilis, das zweite durch das facultativ anaërobe Wuchern der Bacterien in den Gefäßen und das dritte durch die Beschaffenheit des Nährbodens und Mischinfectionen. G. zieht auch practische Schlüsse aus seinen Theorien. Er will das Bacterium der Syphilis aus einem aus Blut und Lymphe bereiteten Nährboden anaërob züchten. Er will ferner jede Frau, die von einem syphilitischen Gatten concipirt, mit Quecksilber oder Jod behandeln und will schließlich bei jedem Individuum, das nach dem 40. Lebensjahre Syphilis erwirbt, sofort eine Jodbehandlung beginnen, da die Arterien in diesem Alter besonders der Sclerose zugängig sind. Dreyer (Köln).

Dr. Plonski: **Ueber Alopecia syphilitica.** (Berliner klinische Wochenschrift 1900, No. 23.)

Die Alopecia syphilitica wurde eine Zeit lang als eigentliches Symptom der Syphilis gar nicht gewürdigt, sondern vielmehr als ein Folgezustand derselben betrachtet. Man glaubte, daß die Haare einfach ausfallen in Folge einer Schwächung des Organismus durch das syphilitische Gift oder in Folge langdauernder Anwendung des Quecksilbers. Es lehrt jedoch die tägliche Erfahrung, daß die Alopecia syphilitica hinsichtlich der Zeit und Art und Weise ihres Auftretens durchaus an bestimmte, sich stets gleichbleibende Normen geknüpft ist und andererseits häufig bei Personen eintritt, welche niemals mit Quecksilber in Berührung gekommen sind. Giovannini hat die Kopfhaut von mit Alopecia behafteten syphilitischen Individuen untersucht und fand dabei stets Veränderungen, welche die Syphilis sonst in den Geweben verursacht, und zwar eine entzündliche Erkrankung des unteren Teiles der Haarbälge und der angrenzenden Haut, welche eine secundäre Ernährungsstörung der Haare verursacht und dieselben zum Ausfall bringt. Er nennt diesen Proceß „Folliculitis pilaris profunda".

Man unterscheidet nach Fournier die sogenannte symptomatische und die essentielle Alopecia syphilitica. Bei der ersteren handelt es sich eigentlich um einen secundären Proceß. Bei der essentiellen ist die Kopfhaut an den Stellen, wo die Haare ausgefallen sind, äußerlich wenigstens vollkommen normal. Das Krankheitsbild wird zuerst bemerklich durch zahlreiche lichte Stellen innerhalb der normal behaarten Kopfhaut. Diese lichten Stellen, die längere Zeit neben einander, durch normal behaarte Kopfhaut

getrennt, bestehen, confluiren schließlich zu größeren Flecken und können dann die Kopfhaut in größerer Ausdehnung einnehmen Bei Männern ist das Leiden leicht zu erkennen, bei Frauen ist die Diagnose desselben wesentlich schwieriger, zunächst wegen des viel üppigeren, längeren und einem rascheren Wechsel unterworfenen Haares, welches meist verhindert, daß der Beginn der syphilitischen Alopecie bemerkt wird. Die Kranke sucht ärztliche Hilfe erst nach, wenn eine mehr oder weniger große kahle Fläche entstanden ist, aus welcher die Diagnose oft nur mit Schwierigkeiten zu stellen ist, ganz besonders aber dann, wenn von anderen syphilitischen Erscheinungen wenig oder fast gar nichts mehr zu sehen ist und angeblich nie etwas vorhanden gewesen sein soll. Derartige Fälle, bei denen der Haarausfall seine characteristischen Merkmale bereits verloren, eine verwertbare Anamnese nicht vorhanden, sondern nur noch in irgend einem Winkel des Körpers ein leicht übersehbares, specifisches Symptom sich vorfindet, stellen an die ärztliche diagnostische Kunst nicht geringe Ansprüche. Aus solchen Fällen ergeben sich zwei Lehren: erstens in jedem Falle von Haarausfall, in welchem man andere Krankheiten ausschließen kann, die ganze Person auf etwaige syphilitische Symptome genau zu untersuchen und zweitens, daß in der Dermatologie und Syphilidologie, ebenso wie in jedem anderen Specialfach, der Arzt nicht nur das erkrankte Organ, sondern den ganzen Menschen in den Bereich seiner Untersuchung zu ziehen hat.

Lubowski.

Dr. Schreiber: **Zwei Fälle von syphilitischen Papeln der Conjunctiva bulbi.** (Vortrag im Wiener medicinischen Club vom 25. Mai 1900.)

In dem ersten der beiden Fälle handelte es sich um eine 21jährige Patientin, die mit erodirten Papeln am inneren Genitale in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Die Patientin hat im Alter von sechs Jahren eine Entzündung des rechten Auges durchgemacht, die sich vor einem halben Jahre wiederholt hat. Kurze Zeit nach der Aufnahme trat am Innenrande des Limbus des rechten Auges ein grauweißes Knötchen auf, dem bald oberhalb der Cornea, wie auch außen und unterhalb andere Knoten folgten. Bald zerfielen die Knoten oberflächlich und bekamen ein graugelbes, speckiges Aussehen. Während sämtliche Knoten sich zurückgebildet haben, zeigte der am äußeren Rand der Cornea sitzende, fast erbsengroße Knoten besondere Widerstandsfähigkeit. Unter Allgemeinbehandlung mit Injectionen von grauer Quecksilbersalbe geht nun die Resorption desselben rascher vor sich

Der zweite Fall betrifft eine 45jährige Patientin, die in das Krankenhaus mit folgenden Affectionen aufgenommen wurde: Venerisch exulcerirte gangränöse Sclerose am linken kleinen Labium, exulcerirte Sclerose an der hinteren Commissur, exulcerirte Papeln in den Genitocruralfalten und Plaques an der Ober- und Unterlippe. Im Krankenhause verspürte die Patientin ein Brennen und Jucken im linken Auge. Oberhalb der Cornea zeigte sich nun

eine leichte, circumscripte, conjunctivale Injection, in deren Mitte sich ein kleines, graurotes Knötchen befand. Letzteres nahm an Größe zu, jedoch ohne Reizerscheinungen zu verursachen. Auf Injectionen von Ol. cinereum bildete sich der Knoten rasch zurück, eine leichte Injection und bräunliche Pigmentirung zurücklassend. Lubowski.

Fournier: **Syphilides et parasyphilides leucoplasiformes de la bouche.** (Rev. gén. de clin. et de thér. 1899, 4 mars. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 4.)

Im Secundärstadium der Syphilis kommen im Munde auf den beiden vorderen Dritteln der Seitenränder und dem vordersten Drittel des Dorsums der Zunge namentlich runde, ovale oder längliche, scharf umschriebene, nicht erhabene, weißliche Flecken in der Zahl von 2—5 und mehr vor, die meist nur geringe Ausdehnung besitzen und nur dann subjective Symptome wie Schmerzen, Speichelfluß und Kaubeschwerden machen, wenn sie zu Erosionen oder Fissuren geführt haben. Sie werden nicht durch ein Exsudat, sondern durch eine Infiltration der Schleimhaut gebildet. Sie sind vom Rauchen ganz unabhängig, obwohl sie sich fast nur bei Männern finden. Da sie gegen jede locale und allgemeine antisyphilitische Behandlung Widerstand leisten, muß man sie als parasyphilitisches Symptom auffassen.

Dreyer (Köln).

Audry (Toulouse): **Ueber einige Einzelheiten der Structur des syphilitischen Hodens.** (Monatshefte für pract. Dermatologie 1900, Bd. 30, Heft 11.)

Verf. hatte Gelegenheit, einen von einem Syphilitiker exstirpirten Hoden zu untersuchen. Es fanden sich wie gewöhnlich die Verdickung der Albuginea, die intertubulären Sclerose, die cylindrische Metaplasie der Epithelien der Samencanälchen, die Veränderung der Blutgefäße etc. Von wahren Gummata hat er in seinen Schnitten eine sehr kleine Zahl gefunden, d. h. mehr oder minder runde Flächen, welche von in Degeneration befindlichen Zellen eingenommen und von fibrösem Gewebe mehr oder minder eingekapselt werden. Dagegen constatirte er die Anwesenheit von ausgedehnten Flächen einer ischämischen und aseptischen Necrose, welche thatsächlich nichts gemein mit einem Gumma haben. Die necrotischen Bezirke sind keineswegs begrenzt; sie werden dargestellt durch den totalen, fast geradlinig abschneidenden Untergang aller Elemente, welche zu dem betreffenden Gewebe, so lange es lebte, gehörten. Man sieht die Continuität der Bindegewebsfasern unterbrochen an der Grenze des lebenden und toten Gewebes. Ueber die Randzone dringen spärliche Lymphocyten ein; nur eine einförmige, amorphe und körnige Masse findet sich da. Diese ausgedehnten Bezirke sind weder eingesäumt noch rund; sie stellen einfach Regionen dar, welche in die aseptische Necrose plötzlich einbezogen sind in Folge einer fortschreitenden, absoluten und passiven Anämie. Es ist leicht, ihre Patho-

genese zu entwickeln. An erster Stelle kommt die Intensität und weite Verbreitung der Endarteriitis in der ganzen Ausdehnung des Organs in Betracht, welche eine Hemmung bezw. eine Abstellung der gesamten Circulation zur Folge hat, an zweiter Stelle der Druck, welchen die Albuginea ausübt, andererseits die Folgen einer Abknickung der Gefäße im Bereich der Neubildung. In dem syphilitischen Hoden können also außer den gummösen Veränderungen ausgedehnte Bezirke auftreten, welche einer ischämischen Necrose anheimfallen in Folge einer Verödung der Gefäße. Die Ursache ist eine rein mechanische und unabhängig von dem Syphilisvirus.

Die edlen Elemente des Hodens, die Zellen der Samencanälchen werden zum Teil durch die intertubuläre Sclerose erstickt, sie bilden sich um, werden verunstaltet, blättern ab und verschwinden. Andererseits findet man eine ganz besondere Bildung, nämlich längliche Maschen, begrenzt von einer amorphen Substanz. Diese geht wahrscheinlich aus der Membrana propria der Samencanälchen hervor. In diesen Maschen liegen runde, kugelige Zellen, welche von einer regelmäßigen zarten und distincten Contur begrenzt sind. Eine wirkliche Grenzmembran ist nicht vorhanden; es handelt sich nur um eine „exoplastische" Verdichtung der Zellsubstanz, welche zu einer sphärischen Masse um den Kern sich sammelt. Die einzelne Zelle ist fast klar, aber leicht gekörnt; sie enthält einen kleinen Kern, welcher meistens ziemlich gut färbbar, nur selten in der Abbröckelung, gleichsam im Erlöschen begriffen ist. Die einzelne Zelle enthält kein Fett, keine Krystalle und zeigt keine Spur einer Mitose. Bald sind sie nur spärlich vertreten und zwischen den weit weniger regelmäßig geformten Zellen dünn gesät, bald sind sie aber auch ziemlich reichlich. Bisweilen sind die ganzen Maschen ausgefüllt von einer colloiden Masse, welche Röhrenform hat. Nach dem Rande zu liegen Vacuolen, welche anderen untergegangenen Zellen zu entsprechen scheinen. Verf. nimmt an, daß es sich dabei ausschließlich um Epithelialzellen der Samencanälchen handelt, welche sich im Zustand der Degeneration auf Grund eines ganz besonderen Processes befinden. Es sind parasyphilitische Veränderungen, welche in dem Verlauf der Syphilis selbst begründet sind. Lubowski.

Petrini de Galatz: **Gommes syphilitiques ulcérées et non ulcérées des membres inférieurs et syphilose gommeuse du corps thyroide.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 5. Soc. de derm et de syph., séance du 3. Mai 1900.)

Bei der 22 Jahre alten Kranken hat eine seit acht Jahren bestehende, bisher unbehandelte Syphilis zu vielfachen Gummata der Extremitäten geführt. Daneben besteht jetzt Fieber von 38,5—39,5°, Anorexie, Schwindel, Kopfschmerzen, dysenterischer Stuhl und trockener Husten. Gleichzeitig ist die Schilddrüse von einem elastischen, orangengroßen Tumor durchsetzt, der ebenfalls ein Gumma darstellt. Denn nach einer Calomelinjection von 0,06 g wird derselbe kleiner und ist nach drei weiteren Injectionen von

0,05 gr Calomel, d. h. nach 14 Tagen, fast vollkommen verschwunden. Erkrankungen der Schilddrüse an gummöser Syphilis sind bei erworbener Syphilis ungemein selten, während Barthélemy sie bei hereditärer Lues sehr häufig gesehen hat. Dreyer (Köln).

Fournier et Sabareanu: **Syphilis ancienne, insuffisance mitrale récente.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 5. Soc. de derm. et de syph., séance du 3. Mai 1900.)

Eine seit 16 Jahren an Syphilis leidende, 42 Jahre alte Kranke zeigt augenblicklich starken Verfall der Kräfte, Purpura der Beine und ein systolisches Geräusch an der Herzspitze, die in der Mammillarlinie im fünften Intercostalraum liegt. Das Geräusch ist vor acht Monaten zum ersten Mal beobachtet. Die Herzgrenzen werden nicht angegeben. Eine specifische Behandlung bessert wesentlich Allgemeinbefinden und Purpura, während das Herz unverändert bleibt. Dreyer (Köln).

Rosenberg: **Rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie auf syphilitischer Basis.** (Jeschenedelnik 1900, No. 14.)

Der 64jährige Patient soll nach den Angaben der Angehörigen bis jetzt niemals ernstlich krank und niemals Potator gewesen sein. Die gegenwärtige Erkrankung trat in Form eines Schlages auf, der vom Diener des Patienten folgendermaßen geschildert wird: Er vernahm ein Gepolter, das den Eindruck machte, als ob etwas Schweres auf den Boden gefallen wäre. Als er in das Zimmer, aus dem das Gepolter kam, stürzte, fand er seinen Herrn am Fußboden liegend. Auf seine Hilferufe kam die Wirtin hinein, und mit deren Hilfe gelang es, den Kranken aufzurichten und auf das Bett zu setzen. Der Kranke kam zu sich, trank mit Hast ein Glas Wasser und fiel hierauf wieder bewußtlos auf das Bett. In diesem bewußtlosen Zustande fanden ihn die bald eingetroffenen Angehörigen. Der Kranke kam wieder zu sich, er vermochte aber auf die an ihn gerichteten Fragen nur „ja“ und „nein“ zu antworten. Nach Angabe desselben Dieners fühlte sich der Patient am Tage vor dem Anfalle unwohl.

Der hinzugerufene Verf. constatirte vollständige Lähmung der rechten Körperhälfte. Der Kranke war vollkommen bei Bewußtsein, vermochte aber nicht ein einziges Wort hervorzubringen. Gemütszustand deprimirt. Im Laufe der nächsten Tage verschlimmerte sich der Zustand des Kranken, und da entschloß sich Verf., da er auf dem Wege der Ausschließung zu der Annahme gelangt ist, daß die Affection auf einer syphilitischen Grundlage entstanden sein mußte, geringe Dosen von Jodkalium anzuwenden. Nach einigen Tagen stellte sich eine auffallende Besserung ein: der Patient wurde lebhafter, begann mehr Interesse für die Umgebung zu zeigen, und der bereits entstandene Decubitus begann unter Behandlung mit einer indifferenten Salbe abzuheilen. Nach einiger Zeit wurde die vom Verf. gestellte Diagnose von dem hinzugerufenen Arzte, der den Patienten früher

behandelt hatte, bestätigt, und nun wurde eine systematische antisyphilitische Behandlung eingeleitet. Dieselbe hatte langsame, aber stetige Besserung zur Folge.

Aus den epikritischen Betrachtungen des Falles geht hervor, daß Verf. als Ursache der eingetretenen Affection vermutungsweise eine syphilitische obliterirende Endarteriitis annimmt. Lubowski.

C. T. Hansen und P. Heiberg: **In welchem Alter werden die meisten Fälle von Syphilis acquirirt und in welchem Alter kommen die meisten Fälle von genereller Parese zum Ausbruch?** (Hospitals-Tidende, No. 24.)

Verff. haben die Altersverhältnisse bei Erwerbung der Syphilis und beim Ausbruch der progressiven Paralyse verglichen, dadurch noch einen Beweis für die Unabhängigkeit der letzten Krankheit von einer vorausgegangenen Syphilis herstellend.

Die Statistik über das Alter, in welchem die Syphilis am häufigsten auftritt, rührt von 1000 Männern her, welche am Kopenhagener Commune-Hospital von 1890—1899 beim ersten Ausbruch der Syphilis behandelt wurden. Die beigefügte Curve zeigt, daß sich in den 10 Jahren vom 22. bis 31. Jahr über die Hälfte aller Syphilisfälle (57 %) findet.

Beim Vergleich mit der Curve der Paralytiker, nach Gudden's großer Tabelle dargestellt, zeigt sich nun in der That eine höchst auffallende Aehnlichkeit — beide Curven zeigen auch eine rasch aufsteigende Linie und ein langsames Abfallen. Zwischen den Gipfeln beider Zahlreihen findet sich ein Zeitraum von 15—18 Jahren. Max Melchior (Kopenhagen).

Edm. Fournier: **Malformation de l'oreille chez un hérédo-syphilitique.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 6. Soc. de derm. et de syph., séance du 7. juin 1900.)

Der Sohn Alfred Fournier's, der sich um die Erforschung und Beschreibung der hereditären Syphilis schon viele Verdienste erworben hat, stellt ein viermonatliches Kind vor, dessen hereditäre Lues durch die Familiengeschichte sowie durch die Reste eines papulocrustösen Exanthems bewiesen wird. Bei demselben finden sich außer einem Greisentypus

1. Bedeutende Stirn- und Parietalhöcker.
2. Große Leber und Milz.
3. Eine Nabelhernie.
4. Peripapilläre Pigmentirungen auf dem Augenhintergrund neben grauer Entfärbung der Papillen und starker Depigmentirung in der Centralgegend.
5. Das rechte Ohr ist vollkommen mißgestaltet, so daß man die Formen eines normalen Ohres nicht mehr herauszufinden vermag.

Dreyer (Köln).

Moncorvo: **Sur un cas de malformations congénitales multiples du coeur d'origine vraisemblablement hérédo-syphilitique.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 5. Soc. de derm et de syph., séance du 3. Mai 1900.)

M. ist der Ansicht, daß von drei Fällen von angeborenen Herzfehlern zwei auf hereditäre Lues zurückzuführen sind, und führt zur Vergrößerung der Statistik den Fall eines Kindes an, dessen Vater an Syphilis gelitten hatte, und welches selbst an einer Stenose der Ostien der Pulmonalis, der Mitral- und Tricuspidalklappen, an einer Insufficienz der Mitralklappe und an einer Communication der Ventrikel nach seiner klinischen Diagnose leidet. Dreyer (Köln).

Petrini de Galatz: **Un cas de stigmates hérédo-syphilitiques et de syphilis acquise chez le même individu.** (Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 5. Soc. de derm. et de syph., séance du 3. Mai 1900.)

Ein 22 Jahre alter Mann leidet an florider, frischer Syphilis (Schanker, Plaques muqueuses u. s. w.). Eine hereditäre Belastung ist weder nachzuweisen, noch anzunehmen. Bei diesem sonst vollständig gesunden Mann finden sich nun Querfurchen an Schneide- und Eckzähnen von meist schwärzlicher Farbe. Der linke mittlere Schneidezahn oben zeigt zudem an seiner freien Fläche innen einen 1—2 mm großen Substanzverlust. Die äußeren oberen Schneidezähne sind mit ihren vorderen Flächen nach den Eckzähnen zu gedreht. Verfasser glaubt mit Edmond Fournier, daß Zahnanomalien bei nicht hereditärsyphilitischen Personen sehr selten sind.

Dreyer (Köln).

Dr. Jordan (Moskau): **Ein weiterer Beitrag zur Welanderschen Sackbehandlung der Syphilis.** (Monatshefte f. pract. Dermatologie 1900, Bd. 30, Heft 11.)

Verf. hat an einer Anzahl von Patienten die eigentliche ursprüngliche Welander'sche Methode geprüft, welche bekanntlich darin besteht, daß der Patient auf der Brust einen Sack trägt, der mit grauer Salbe bestrichen ist. Anfangs verfuhr Patient genau nach der Vorschrift Welander's und ließ die Patienten nur einen Sack tragen, in welchen sie in den ersten sieben Tagen täglich, von da an einen Tag um den anderen je 6 g grauer Salbe selbst einschmierten. Später aber wandte er zwei Säcke an, um die Inhalationsfläche zu vergrößern. Der eine von den beiden gleich großen Säcken aus Flanell wurde von den Kranken auf der Brust, der andere auf dem Rücken getragen und abwechselnd täglich bald in den einen, bald in den anderen das genannte Quantum Salbe eingeschmiert.

Die gesamten Erfahrungen des Verfassers umfassen bisher 30 Beobachtungen, welche 24 Frauen und 6 Männer der stationären venerischen Abteilung des I. städtischen Hospitals zu Moskau betreffen. Alle diese Fälle

gehörten dem secundären Stadium an, jedoch mit dem Unterschied, daß es sich in 25 Fällen um frische und in 5 um recidivirte Erscheinungen handelte. Das Ergebnis der Behandlung war ein sehr verschiedenartiges, nämlich in einigen Fällen geradezu glänzend, in anderen langsam und in wiederum anderen ganz unbefriedigend. Günstige Resultate erzielte Verf. in 18, ungünstige in 12 Fällen. Unter den 12 Fällen mit Mißerfolg befanden sich 4, wo die Salbensackmethode anfangs die Syphiliserscheinungen rasch zum Schwinden brachte, dann aber zu Recidiverscheinungen noch während der ersten Kur führte. In den übrigen 8 Fällen sah sich Verf. dagegen gezwungen, zu einer Spritzkur überzugehen. Diese Verschiedenheit der Wirkung beruht nach Verf. einerseits auf der Schwere der Krankheitserscheinungen, andererseits auf dem Umstande, wie der Sack liegt. Hinsichtlich der Syphiliserscheinungen sind die Exantheme, gleichviel welcher Art, durch die Welander'sche Kur günstig zu beeinflussen. Bezüglich der Lage des Sackes ist es wichtig, daß derselbe stets glatt liegt, daß also der Patient eine breite Brust habe, denn sonst liegt der Sack immer in Falten, und die verdunstende Fläche wird verkleinert. Aus diesem Grunde wandte Verf. bei seinen späteren Versuchen zwei Säcke, den einen für die Brust, den anderen für den Rücken, an.

Bezüglich des therapeutischen Wertes der Welander'schen Methode gelangt Verf. im Allgemeinen zu dem Schluß, daß dieselbe eine bequeme, meist ungefährliche, zuweilen vorzüglich wirkende, aber im Allgemeinen doch nicht sichere Methode ist, welche sowohl der Einreibungs- als ganz besonders der Spritzkur nachsteht. Im Speciellen empfiehlt sich ihre Anwendung im Falle leichterer Krankheitserscheinungen bei intelligenten, breit gebauten Kranken, die aus irgend welchen Gründen nicht einreiben und sich nicht einspritzen lassen können. Lubowski.

Renault: **Embolies capillaires à la suite d'une injection de calomel.** (Presse méd., 23. décembre 1899. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1900, No. 4.)

Nach einer unter allen Cautelen gemachten Calomelinjection – es war kein Blut aus der allein eingestochenen Canüle getreten — folgte unmittelbar heftige Dyspnoe mit einer Atmungsfrequenz von 36 und einer Pulsfrequenz von 120 Schlägen in der Minute. Daneben bestand trockener, spärlicher Husten, lebhaftes Angstgefühl und ein gleichmäßig abgeschwächter Stimmfremitus. Schmerzen wurden im ganzen Thorax empfunden. Nach drei Tagen erst verschwanden die Symptome und es blieben nur für zwei Tage noch leichtes Rasseln an der Spitze und Basis der rechten Lunge bestehen, wo auch später das Atemgeräusch etwas abgeschwächt war. Die Temperatur hatte 38,4 nicht überstiegen. Ein Schmerz unten vorn rechts verschwand zuletzt.

Es ist nicht möglich, diese Embolien, die Verf. auf das Calomel und nicht auf das Vehikel zurückführt, mit Sicherheit zu vermeiden. Man soll deshalb die Calomelijnectionen auf schwere Fälle beschränken. Dreyer (Köln).

Dr. Blumenthal: **Beitrag zur Frage des Einflusses des Quecksilbers auf die Nieren.** (Vortrag in der Moskauer therapeutischen Gesellschaft vom 15. März 1900. Wratsch 1900 No. 19.)

B. fand, daß es außer der reinen Albuminurie und der mit Cylindrurie einhergehenden Albuminurie noch eine dritte Form der Harnalteration giebt, nämlich eine reine Cylindrurie, bei der im Harn überhaupt kein Eiweiß vorhanden ist. Diese reine Cylindrurie wird durch Reizung des Nierenparenchyms durch manche toxische Substanzen bedingt, welche entweder im Organismus selbst gebildet werden oder in denselben von außen gelangen. Ein deutliches Beispiel von Cylindrurie in Folge von Reizung des Nierenparenchyms durch Gifte, welche in den Organismus von außen gelangen, geben diejenigen Fälle ab, in denen die Cylindrurie durch Quecksilber herbeigeführt wird, das bekanntlich hauptsächlich durch die Nieren ausgeschieden wird. Die Affection beginnt in solchen Fällen damit, daß im Harn zunächst nur Cylinder in geringer oder mäßiger Quantität auftreten, und zwar bei vollständigem Fehlen von Eiweiß. Nach einiger Zeit beginnt die Anzahl der Cylinder rapid zu steigen, wobei in manchen Fällen bereits Spuren von Eiweiß auftreten. Wird mit der Quecksilbereinführung fortgefahren, so entsteht neben Zunahme der Zahl der Cylinder und anderer Nierenelemente eine mehr oder minder bedeutende Albuminurie. In günstigen Fällen verschwinden mit der Unterbrechung der Quecksilbereinführung aus dem Harn zunächst und allmählich das Eiweiß und hierauf, nach ziemlich langer Zeit, die Cylinder. In ungünstigen Fällen zeigen die Nierenveränderungen größere Stabilität und entwickeln sich sogar auch nach der Unterbrechung der Quecksilbereinführung weiter.

Das Quecksilber scheint also unter gewissen Umständen auf die Nieren einen Reiz auszuüben, und zwar hauptsächlich auf das Epithel der Tubuli. Hat man also Grund, anzunehmen, daß eventuell eine Affection des Nierenparenchyms in Folge von Quecksilberverabreichung stattgefunden haben konnte, so darf man sich mit der Untersuchung des Harns auf Eiweiß allein nicht begnügen, sondern man muß eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung des Harns und Harnniederschlags vornehmen, unabhängig davon, ob der Harn Eiweiß enthält oder nicht. Bei einer mehr oder minder andauernden Quecksilberbehandlung muß auch der Zustand der bis dahin gesunden Nieren überwacht werden. Ganz besonders aber ist Vorsicht geboten, wenn man Grund hat, eine Verringerung der Widerstandsfähigkeit der Nieren anzunehmen. Weiteren klinischen Untersuchungen bleibt es vorbehalten, festzustellen, welche Quecksilberpräparate und welche Methoden der Quecksilbereinführung die schädliche Wirkung des Quecksilbers auf die Nieren beseitigen oder wenigstens auf das Minimum herabsetzen lassen.

Lubowski.

Sommerfeld: **Ueber ein neues Jodeiweisspräparat („Jodolen“, Laquer) und seine therapeutische Verwendung.** (Archiv für Derm. u. Syph. 1900, Bd. 52, Heft 1.)

S. hat mit einem neuen von Dr. Laquer in Wiesbaden erfundenen Jodeiweißpräparat, genannt „Jodolen“, innerliche und äußerliche therapeutische Versuche angestellt. Das Jodolen hat zur Grundlage das Jodol und ein Eiweiß mit hohem J-Gehalt, nämlich 36 pCt. (also etwa halb so viel J als das Jodkali), während Jodalbacid nur 8 pCt. J-Gehalt hat. Es ist ein gelbliches, etwas grobkörniges, trockenes, nicht zusammenballendes Pulver, und ist vollkommen geruch- und geschmacklos etc.

Das Jodolen soll zwei großen therapeutischen Indicationen genügen; es soll:

1 bei innerlichem Gebrauche ein vollwertiges Ersatzmittel der bisherigen Jodpräparate, besonders der Jodsalze, sein, jedoch ohne Erscheinungen von Intoxication und Jodismus hervorzurufen;

2. bei äußerlicher Anwendung als ungiftiges und reizloses Antisepticum wirken.

Gemäß den auf diesen Grundbedingungen angestellten Versuchen kommt nun Verf. zu folgendem Resultat: Das Jodolen bei innerlicher Anwendung ist nicht das Mittel, die Jodalkalien von ihrer herrschenden Stellung in der Therapie der Syphilis zu verdrängen. Bei guter, resorptiver Thätigkeit mangelt ihm die sichere und prompte Wirkung jener. Gleich jenen ruft es Erscheinungen von Intoxication und Jodismus hervor.

Bei äußerlicher Anwendung hat es sich als gutes, reizloses Antisepticum bewährt. Stockmann (Königsberg).

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Prof. Weinlechner (Wien): **Ein Fall von Strangulation des Penis.** (Vortrag in der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. Wiener klin. Wochenschrift 1900, No. 24.)

Der Fall betrifft einen 15jährigen Knaben, welcher sich vor acht Tagen in onanistischer Absicht eine Schraubenmutter von 3 cm Länge, 3 mm Dicke und 2 cm Lichtung bis gegen die Wurzel des Penis hinaufgeschoben hatte. Feilversuche blieben ohne Erfolg. Man fand den peripher gelegenen Penisteil stark ödematös und cyanotisch, so daß die Länge desselben 8 cm, der Umfang 14 cm betrug. Von der Länge entfielen 5 cm auf das Präputium, in welcher Tiefe erst die Sonde auf die Eichel stieß. Das periphere Ende des Cylinders hat sich unter die Haut eingegraben, daher

sich, abgesehen von den Schraubengängen, das Herunterziehen resp. Drehen des Cylinders über vier mit Vaselin bestrichene fingerbreite Leinwandstreifen trotz der seitlichen Incisionen in das Präputium und des Ausdrückens des blutigen Serums recht schwierig erwies. Da die Leinwandstreifen nicht widerstandskräftig genug waren, wurden auch zwei Elevatorien zwischengeschoben. Nach der Entfernung des Cylinders sah die Haut an der Stelle, wo der Cylinder saß, excoriirt und stellenweise eingerissen aus. Dieser Hautanteil ist späterhin fast in seiner ganzen Ausdehnung gangränös geworden, ist jedoch jetzt nahezu geheilt. Vor einigen Tagen wurde das difforme Präputium durch Excision von Keilen und Naht besser gestaltet.

Lubowski.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Freudenberg (Berlin): **Zur Statistik und Technik der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie mit Demonstration eines gemeinsam mit Dr. Bierhoff construirten cystoskopischen Prostata-Incisors.** (29. Congr. d. Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. Berliner klin. Wochenschr. 1900, No. 19.)

F. hat die Bottini'sche Operation jetzt 77 mal an 61 Patienten ausgeführt und sein früheres günstiges Urteil über dieselbe bestätigt gefunden, wenn auch die Operation nicht ganz ungefährlich ist. Eine Zusammenstellung von 683 Fällen der Litteratur ergiebt $4^1/_4-5^1/_2$ pCt. Mortalität, $6^1/_3$ pCt. Mißerfolge, 88 pCt. „gute Resultate“ (ca. zwei Drittel davon Heilungen, ein Drittel Besserungen). Bezüglich der Technik empfiehlt F. das Operiren bei mit steriler Luft gefüllter Blase, Anwendung von nahezu oder selbst voller Weißglut, genaue Controle der Lage der Schnabelspitze per rectum vor Beginn des Schnittes nach hinten; zur Nachbehandlung Verweilkatheter 1. bei späteren Blutungen, 2. stark eitrigem Urin, 3. schwierigem oder sehr häufigem Katheterismus. Vortr. rät ferner, sich nicht mit Mißerfolgen oder halbem Erfolge zu begnügen, sondern event. die Operation zu wiederholen. Ursache der Mißerfolge ist fast immer nicht genügende Beseitigung des Mictionshindernisses und die Folge zu seichter oder nicht zweckmäßig gelagerter oder nicht genügend langer Schnitte. Namentlich das letztere ist nicht zu unterschätzen, und F. hat deswegen seinen Incisor so eingerichtet, daß er Schnitte bis zu $6^1/_2$ cm gestattet, wenn auch für die größte Zahl der Fälle Schnitte von $2^1/_2-3^1/_2$ cm Länge genügen und größere wegen event. Verletzung der Pars membranacea direct gefährlich werden können. Er selbst hat Schnitte höchstens bis zu $4^1/_2$ oder 5 cm Länge nötig gehabt. Das Maß giebt die Rectaluntersuchung bei eingeführtem und mit dem Schnabel nach hinten gerichteten Incisor. Von der dabei constatirten Länge nimmt Vortr. beim

Schnitt nach hinten etwa $^{4}/_{5}$, bei seitlichen und vorderen Schnitten etwa $^{1}/_{2}$—1 cm weniger. Oft wird die Pars prostatica der Harnröhre durch die Prostata vorgewölbt, ohne daß diese selbst mit einem Wulst in die Blase hineinragt. Es hat sich daher das Bedürfnis geltend gemacht, die Incision unter Leitung des Auges zu machen. F. hat daher ein solches Incisions-Cystoskop construirt. Zum Schluß demonstrirt Vortr. zwei Patienten, bei denen die Bottini'sche Operation vollkommene Heilung seit $2^{1}/_{2}$ bezw. 3 Jahren ergeben hat, von denen der eine vorher ohne Erfolg castrirt worden war. Lubowski.

VII. Blase.

Halpern: **Ein Fall von Cystitis bei einem zweijährigen Kinde.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1900, Bd. 52, Heft 1.)

H. hat einen vollständig uncomplicirten Fall von Cystitis bei einem zweijährigen Kinde beobachtet, und zwar mit mehrtägiger Harnverhaltung, dessen Heilung auf Instillationen von Arg. nitr. 1‰, 2‰, 1,3‰ erfolgte. Colibacillen waren in dem Harn wie bei den Colicystitiden Escherich's nicht vorhanden. Der Proceß ging mit Fieber (Abends bis 38,3) einher. Als ätiologisches Moment nimmt Verf. Erkältung an, indem das Kind gern auf den kalten Steinfliesen, auch im Winter, vor dem Elternhause zu sitzen pflegte. Ueberhaupt schreibt Autor den thermischen Reizen eine bedeutende Rolle zu, auf deren Grundlage erst wieder die Bacterien ihre verhängnisvolle Thätigkeit entwickeln. Stockmann (Königsberg).

I. Dr. Baratinski (Twer): **Ueber die Indicationen zur Harnblasennaht bei Sectio alta.**

II. Dr. Pokrowski: **Beitrag zur Behandlung der Steinkrankheit.** (Letopis russkoi chirurgii. Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, Heft 2.)

I. Baratinski's Erfahrungen umfassen 15 Fälle von Sectio alta und einen Fall von zufälliger Eröffnung der Blase bei Laparotomie. In 10 Fällen legte B. eine Harnblasennaht an, während in 6 Fällen die Wunde offen behandelt wurde. Von den 10 Fällen der ersten Gruppe waren 7 von Erfolg, 2 von Mißerfolg begleitet; allerdings handelte es sich in den beiden letzteren Fällen um Nahtanlegung an pathologisch erkrankten Blasenwänden. Der Katheter gelangte bei dieser Gruppe von Fällen 8mal zur Anwendung, Heilung trat in den gelungenen Fällen durchschnittlich am 11., in den mißlungenen am 37. Tage ein, wogegen die Heilung bei offener Behandlung der Blasenwunde durchschnittlich in 66 Tagen eintrat. In 6 Fällen wurde nach Anlegung der Blasennaht die Hautwunde dicht geschlossen, in 4 Fällen

in die Hautwunde eine Drainage eingeführt. Von sämtlichen Operirten starb einer und zwar nicht an den Folgen der Operation, sondern an einer Erkrankung der Nieren, welche bereits vor der Operation bestanden hat. Alles in Allem gelangt Verf. zu dem Schlusse, daß die Frage, ob bei Sectio alta die Harnblase durch eine Naht dicht zu schließen ist, nur auf Grund der Untersuchung des Harns und der Blasenwandungen in jedem einzelnen Falle individuell entschieden werden muß: Sind Harn und Blasenwände normal, so ist die Harnblasennaht anzuwenden, widrigenfalls die offene Behandlung der Blasenwunde indicirt ist.

II. Die Erfahrungen Pokrowski's erstrecken sich auf 20 Fälle von Steinkrankheit, in denen 11mal die Sectio mediana, 8mal die Sectio alta ausgeführt wurde. Die Resultate sind folgende: Von den 10 Fällen mit Sectio mediana genasen 9 und 1 starb, und zwar handelte es sich in diesem letzteren Falle um einen äußerst decrepiden Patienten; die 8 Fälle von Sectio alta gingen sämtlich in Genesung über Die Sectio alta wurde mit unmittelbarer Schließung der Blasenwunde mittels Zwei-Etagennaht ausgeführt, wobei in den antevesicalen Raum eine Drainage eingeführt wurde. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug bei der Sectio mediana 33, bei der Sectio alta 21 Tage. P. giebt auf Grund seiner Erfahrungen der Sectio alta den Vorzug, desgleichen der Anlegung einer Blasennaht gegenüber der offenen Behandlung der Blasenwunde. Lubowski.

Dr. Spassokukotski: **Eine neue Methode zur Schliessung von vesico-vaginalen Fisteln.** (Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, Heft 3.)

Verf. weist darauf hin, daß die Ursache des Mißerfolges bei Schließung der vesico-vaginalen Fisteln fast stets in der Schwierigkeit, die Fistelränder gut aufzufrischen, liegt. Es giebt viele Auffrischungsmethoden, von denen die meisten den Nachteil haben, daß sie ein größeres Stück vom Gewebe entfernen und somit im Falle des Mißlingens der Operation den Defect vergrößern. Die Umgebung der Fistel besteht bisweilen nur aus Narbengewebe, wobei ihre Wand so dünn ist, daß durch einfache Auffrischung eine zu schmale und zu wenig lebensfähige Wundfläche erzielt wird. Es ist in Folge dessen unbedingt vorteilhafter, die Fistelwand nicht abzutragen, sondern in zwei Blätter zu spalten. Allerdings ist die Ausführung dieser Spaltung sehr schwer. Nach Einführung des Spiegels hat man eine enge Höhle vor sich, auf deren Grund die Fistel liegt. Zur Spaltung des Fistelrandes sind verschiedene Fistelmesser mit verschiedenen Krümmungen angegeben worden, die so berechnet sind, daß die Schneide des Messers in der Fläche der Fistel schneidet. Der Fistelrand wird dabei mittels Zange fixirt und unvermeidlich gequetscht und lädirt. Nach dem ersten Schnitt wird das kleine Operationsfeld von Blut überschwemmt, so daß der Operateur weiter fast auf's Geratewohl arbeiten muß. Schließlich kann man dabei niemals versichert sein, alles aufgefrischt bezw. gespalten zu haben, und ist die Schleimhaut der Blase von der der Vagina auch in der geringsten

Ausdehnung nicht separirt, so kann man sicher sein, daß die Operation mißlingen wird.

Von diesen Erwägungen ausgehend, hat Verf. ein Verfahren ersonnen, das den obigen Uebelständen abhilft und in technischer Beziehung aus folgenden vier Momenten besteht: 1. Anlegung von Schlingen auf die vesicale Hälfte des Fistelrandes. 2. Spaltung der hervorgezogenen Fistel mittels einfachen Messers. 3. Hineinziehung der Schlingen in die Harnröhre. 4. Naht des vaginalen Teiles des Fistelrandes.

Verfasser selbst hat dieses Verfahren in drei Fällen, Alexandrow in zwei Fällen angewandt. In sämtlichen fünf Fällen war der Erfolg der Operation ein durchaus befriedigender. Lubowski.

Dr. Richter (Glatz): **Ichthyol innerlich bei Tuberculose der Harnorgane.** (Deutsche Med.-Ztg. 1900, No. 22.)

Die 19jährige Patientin erkrankte an Blasencatarrh, der länger als ein Jahr in der üblichen Weise mit Diät, Medicamenten, Mineralwässern und Ausspülungen ohne Erfolg behandelt wurde. Die Diagnose lautete auf tuberculöse Erkrankung der Blase, wenn auch der Nachweis von Tuberkelbacillen im Urin nicht geführt worden war. Nun stellten sich auch noch Husten und schleimig eitriger Auswurf ein. Verf. gab nun den Rat, einen Versuch mit Ichthyol zu machen. Dasselbe wurde hauptsächlich in Tropfenform gebraucht, und zwar steigend von dreimal täglich je 25 Tropfen bis dreimal täglich je 70 Tropfen in viel Wasser nach den Mahlzeiten. Diese enorme Dosis hat Patientin ununterbrochen ohne Widerwillen und ohne Nebenwirkung monatelang täglich zu sich genommen, im Ganzen mehr als 5 kg. Die Patientin, welche bereits so heruntergekommen war, daß sie ihre Stellung aufgeben mußte, befindet sich jetzt wieder in Stellung, sieht blühend aus und hat subjectiv kein Krankheitsgefühl. Lubowski.

VIII. Ureter, Niere etc.

Dr. Jachontow: **Beitrag zur Frage der Transplantation der Ureteren in den Mastdarm.** (Wratsch 1900, No. 1.)

J. berichtet über seine, in der in der Ueberschrift bezeichneten Richtung angestellten Experimente und über die dabei gewonnenen Resultate. Die Experimente wurden an Hunden im Laboratorium Podwyssotzki's zu Kiew ausgeführt. Die Versuchstiere wurden vor der Operation eine Zeit lang auf strenger Milchdiät gehalten und erhielten zur Reinigung des Darmcanals Ricinusöl. Die Vorbereitung zur Operation war dieselbe, wie bei Laparotomien: Chloroformnarcose, Incision des Abdomens in der Mittellinie

und Eröffnung der Bauchhöhle. Besichtigung der Harnblase und Entleerung des Harns durch eine in die Blasenwand gesetzte Oeffnung. Hierauf wurde die Blase an der vorderen Wand vom Apex bis zum Halse zunächst mit dem Messer, dann mit der Scheere aufgeschnitten, die innere Oberfläche derselben nach außen gekehrt, so daß das Trigonum Lieutodii gut sichtbar wurde. Der Blasenhals wurde in der Entfernung von 1 cm von der Spitze des Dreiecks samt dem Harnleiter unterbunden. Oberhalb der Ligatur wurde der Blasenhals am Beginnpunkt des Harnleiters in querer Richtung durchschnitten; die Harnblase hing also danach auf zwei seitlichen, ziemlich bebeweglichen Bändern, welche die Harnleiter und Gefäße enthielten. Aus der Harnblase wurde ein eiförmiger Lappen ausgeschnitten, die Seitenteile und der Apex der Harnblase wurden entfernt; der ausgeschnittene Lappen wurde in warme, weiche Gaze gewickelt. Das Colon descendens wurde möglichst weit hochgezogen und bei Seite geschoben und hierauf an der vorderen Wand des Mastdarms ein 4 cm langer Längsschnitt gemacht. Die innere Mastdarmwand wurde sorgfältig gesäubert und der Blasenlappen in die Darmwunde eingenäht. Nach der Maydl'schen Methode wird der rechte Lappenrand in den unteren Winkel der Darmwunde, der linke in den oberen eingenäht. J. modificirte dieses Verfahren und nähte den oberen Lappenrand in den unteren Wundwinkel, den unteren Lappenrand in den oberen Wundwinkel ein; er wendete somit den Lappen, ohne ihn, wie es Maydl thut, zu torquiren. Bei den ersten Versuchen wurde zur Einnähung des Lappens Seide, dann aber Catgut gebraucht. Die Naht wurde in drei Etagen angelegt: Die erste Etage vereinigte die Schleimhaut der Harnblase mit der des Darms, die zweite die entsprechenden Muskelhüllen, die dritte die Peritonealblätter. Hierauf folgte Vernähung der Bauchwunde und Collodiumverband.

Im Ganzen wurden zehn Experimente ausgeführt. Davon gingen sechs Versuchstiere zu Grunde, drei leben bis auf den heutigen Tag; ein Versuchstier verschwand. Als Todesursache wurde bei zwei Tieren Peritonitis, bei einem Shok, bei drei (mit mehr oder minder großer Wahrscheinlichkeit) eine Erkrankung der Nieren angenommen. Den verhältnismäßigen Mißerfolg der Versuche erklärt J. durch ungünstige Nebenumstände, andererseits aber durch die Unvollkommenheit der Operationstechnik, teilweise auch durch den Gebrauch der Seide statt des Catguts. In den gelungenen Fällen zeigte der postoperatorische Verlauf gewöhnlich keine Complicationen. Die erste Defäcation fand 2—3 Stunden nach der Operation statt, und zwar handelte es sich dabei um Abgang reinen Harns. Die Anheilung des Lappens war in sämtlichen Fällen eine gute. Die Oeffnungen der Ureteren waren für eine Sonde durchgängig.

Auf Grund seiner experimentellen Erfahrungen gelangt J. bezüglich des Wertes des geschilderten operativen Verfahrens zu dem Schluß, daß dasselbe in die chirurgische Praxis durchaus aufgenommen werden muß.

Lubowski.

Dr. Latzko (Wien): **Fall von Resection des Ureters und Implantation desselben in die Blase.** (Vortrag in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Wiener klin. Wochenschr. 1900, No. 23.)

L. demonstrirt einen Fall, bei dem im Anschlusse an die Exstirpation des carcinomatösen Uterus ein Ureter resecirt und mit Erfolg in die Blase implantirt wurde. Es ergab sich bei der Operation, daß der linke Ureter durch einen kirschgroßen Carcinomknoten im Parametrium stricturirt war; er wurde oberhalb der Strictur im kleinen Becken isolirt, doppelt unterbunden und durchtrennt. Der erwähnte Knoten wurde im Zusammenhang mit dem Genitale und mit einem ca. 3 cm langen Stücke des Ureters exstirpirt. Das centrale Ende des resecirten Ureters wurde in die Blase implantirt, indem es durch Fadenzügel ungefähr 1 cm weit in die geöffnete Blase gezogen wurde. Die Fadenzügel und ein in das Nierenbecken vorgeschobener Ureterenkatheter wurden durch die Urethra nach außen geleitet. Die Wand des Ureters wurde durch feine Nähte an die Blasenmusculatur geheftet, darüber eine zweite und dritte Nahtreihe gelegt, die periuterines Gewebe mit Blasenwand und hinteres Peritonealblatt mit Blasenserosa vereinigten. Nunmehr lag der Ureter und die gegen die Vagina drainirte Implantationsstelle wieder vollkommen retroperitoneal. Nach Auslösung der erreichbaren Drüsen im Bereiche der Iliacagabelung wurde die Bauchhöhle geschlossen. Dauer der Operation $2^3/_4$ Stunden. Der weitere Verlauf gestaltete sich so glatt, daß die Patientin am 16. Tage entlassen werden konnte.

Lubowski.

Th. Rovsing: **Erfahrungen über Uretersteine.** (Hospitals-Tidende 1900, No. 31—33.)

Verf. betrachtet mit James Israël, Pousson u. A. die Existenz einer wirklichen reflectorischen Anurie bei Steinocclusion des Harnleiters als sicher erwiesen. R. hat 16 Fälle von Uretersteinen, und darunter 4 mit calculöser Anurie beobachtet. Bei zwei dieser letztgenannten Fälle wurde durch Ureterkatheterismus die Anwesenheit einer zweiten functionstüchtigen Niere sichergestellt, und bei dem einen Fall, wo Nephrectomie nach Entfernung des Steines vorgenommen wurde, muß die restirende Niere als absolut gesund angesehen werden, da der Patient seitdem mehr als zwei Jahr mit ganz normalem Harn und Harnmenge lebt. Beim dritten Fall konnte nachgewiesen werden, daß die linke Niere im selben Augenblick zu functioniren anfing, als der im rechten Harnleiter festsitzende Stein entfernt wurde.

Verf. bespricht sodann die Diagnose der Anurie und hebt hervor, daß sie meistens leicht ist (man denke doch an Harnretention und traumatischen Blasenriss!), dagegen sei es oft schwierig, die Natur der Anurie festzustellen, und ein directer Nachweis des obturirenden Calculus wird verhältnismäßig selten ohne Ureterkatheterismus gelingen. Hat der Patient

früher typische Symptome einer Nephrolithiasis dargeboten, müsse man ja zuerst an calculöse Anurie denken; es darf aber auf der anderen Seite nicht vergessen werden, daß eben solche Patienten häufig an doppelseitiger Schrumpfniere leiden und somit aus diesem Grunde Anurie eintreten kann. Ungestörtes Wohlbefinden, klares Sensorium und Mangel an ausgesprochenen urämischen Symptomen sind hier maßgebend als Zeichen der calculösen Natur der Anurie. In den vielen Fällen jedoch, wo die Urämie schon eingetreten ist, wird es aus den Symptomen unmöglich sein, die Diagnose der calculösen Anurie zu stellen; wenn aber die Anurie plötzlich ohne vorausgegangene Zeichen der Nephritis und anfangender Urämie aufgetreten ist, soll man unter allen Umständen operiren, um Gewißheit zu erlangen.

Bei den wenigen gewaltsam verlaufenden Fällen, wo die Harnsecretion fortdauert, weil der festsitzende Stein den Harnleiter nicht völlig obliterirt oder auch keine Reflexanurie ausgelöst wird, sind die Symptome im Anfang durch eine Reihe frustranter Ureterkoliken characterisirt. Wenn diese nachlassen, bleibt noch ein festsitzender Schmerz oder eine Empfindlichkeit in der Gegend des Einklemmungsortes, was für die Diagnose sehr beachtenswert ist. Diese mag sehr schwierig sein, und verschiedene Krankheiten des Uterus und Adnexa sowie Appendicitis können beispielsweise zur Verwechslung Anlaß geben.

In Beziehung auf die Behandlung kann man im Anfang, wenn keine ernsten und drohenden Folgezustände entwickelt sind, durch Wirkung reichlichen Wassergenusses, eventuell durch den Ureterkatheter, den Stein zu lösen und durch Reibung zu verkleinern versuchen. Gelingt es jedoch nicht, durch diese unblutigen Verfahren den Stein zu mobilisiren, oder steht man drohenden Fällen, welche schnelle Behandlung erheischen, gegenüber, so muß man die Niere freilegen, die Einklemmungsstelle des Steins durch Betastung des Harnleiters auffinden, um den Stein wenn möglich aufwärts zu schieben und durch Nephrotomie zu entfernen. Gelingt dieses Verfahren nicht, so muß Ureterotomie gemacht werden.

Max Melchior (Kopenhagen)

Achard et Clerc: **Elimination du bleu de méthylène.** (Société médicale des hôpitaux. Le progrès médical 1900, No. 14.)

Die Verff. haben constatirt, daß Methylenblau, wenn es regelmäßig alle Tage eingenommen wird, in derselben Menge bei Kranken, bei denen die Durchgängigkeit der Nieren verringert ist, wie bei Gesunden ausgeschieden wird. Sie erklären dieses anscheinend paradoxe Phänomen mit der Sättigung des Organismus mit Methylenblau. Im Anfange läßt die weniger durchgängige Niere weniger Methylenblau passiren, dann steigt aber die ausgeschiedene Menge an, bis sie die erreicht, welche von normalen Nieren ausgeschieden wird; aber der Unterschied wird deutlich, sowie man mit dem Einnehmen von Methylenblau aufhört. Die gesunde Niere entledigt sich schnell des vorhandenen Farbstoffes, während bei der kranken Niere die Ausscheidung viel länger dauert. Man kann daraus Schlüsse ziehen

auf die Ausscheidung der Extractivstoffe durch die Nieren. Die chemische Analyse des Urins in einem gegebenen Augenblick gestattet kein Urteil über die Durchgängigkeit der Nieren. Immerwahr (Berlin).

Mercklen: **A propos de l'albuminurie orthostatique.** (Soc. médicale des hôpitaux. Le progrès médical 1900, No. 28.)

M. hat mehr als zehn Kranke, welche an Albuminuria orthostatica litten, beobachtet, hat aber niemals gesehen, daß dieselben einen Morbus Brightii bekamen. Er glaubt, daß es sich um eine rein functionelle, vorübergehende Insufficienz der Nieren handelt, welche nicht die Folge einer infectiösen Nephritis ist. In der Discussion bemerkte Achard, daß, wenn die Nieren Eiweiß hindurch ließen, irgend eine physikalische Veränderung der Nierenepithelien bestehen müßte, welche vielleicht in ganz kurzer Zeit wieder gut würde. Es wäre möglich, daß es sich um eine partielle Nephritis handele, welche nur ganz kleine Bezirke der Nieren befallen hätte. Jedenfalls müßte man die Frage der Prognose in diesem Falle von der der Pathogenese trennen. Die letztere ist uns vorläufig noch unbekannt, während die Prognose eine günstige ist. Immerwahr (Berlin).

Bourcy: **Albuminurie orthostatique.** (Soc. médicale des hôpitaux. Le progrès médicale 1900, No. 25.)

B. hat zwei Patienten mit Albuminuria orthostatica beobachtet Der eine litt an Grippe und hatte Eiweiß, dasselbe verschwand und der Kranke wurde geheilt. Nach einiger Zeit kam derselbe wieder. Es wurde bei ihm intermittirende Albuminurie constatirt. Sowie der Patient im Bette lag verschwand die Albuminurie, um sofort wieder aufzutreten, sobald der Kranke $^1/_2$ Stunde aufgestanden war. Eine plausible Erklärung für diese Albuminurie konnte nicht gefunden werden. Die zweite Patientin war ein junges Mädchen, welche auch nur an Albuminurie litt, sobald sie aufgestanden war. Blieb die Patientin im Bett, so verschwand das Eiweiß. Außer Eiweiß wurde in diesem Falle noch Schleim gefunden. Wenn die Kranke längere Zeit auf einem Lehnstuhl sitzen blieb, verschwand das Eiweiß auch. Die Patientin litt zeitweise an localer Asphyxie der Extremitäten. Sonst war nichts Pathologisches an ihr zu entdecken. Diese orthostatische Albuminurie muß man von der intermittirenden Albuminurie unterscheiden.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Raudnitz: **Ueber die Beziehungen der Menarche zur minimen Albuminurie.** (Archiv f. Kinderheilk. 1900, Bd. 28, Heft 3 u. 4.)

Unter minimer Albuminurie versteht Verf. nach Lecorché-Talamon eine länger dauernde Eiweißausscheidung mit einem um 0,5‰ schwankenden Eiweißgehalte. Sie bildet eine Gruppe bezüglich der Vorhersage, nicht rücksichtlich der Entstehungsbedingungen. Abgesehen von der reinen Nucleoalbu-

minurie kommen im Kindesalter, und zwar am häufigsten die minimen Albuminurien nach Infectionskrankheiten vor, seltener die bei leichten chronischen Verdauungsdefecten, bei lithämisch belasteten Personen, die hereditären und familiären. Die minime Albuminurie ist eine cyclische und intermittirende, denn die pathologischen Bedingungen des Eiweißdurchtrittes sind so geringgradig, daß es erst beim Zusammentreffen mit physiologischen zur Albuminurie kommt. Die physiologischen Bedingungen, welche den Eiweißdurchtritt erleichtern, scheinen zu sein: aufrechte Körperhaltung, körperliche Arbeit, Wachen, d. h. geistige Thätigkeit, feuchtes Wetter, vielleicht aber auch Nahrungsaufnahme und jener Factor, welcher den regelmäßigen täglichen Gang der Körperwärme hervorruft. Diese Bedingungen kommen ja auch bei der durch acute oder chronische Nephritis bedingten Albuminurie zur Geltung, indem der Nacht- bezw. Morgenurin eiweißärmer ist als der Tagurin, der erstere sogar eiweißfrei sein kann, wenn der letztere noch Eiweiß enthält. Verf. hat diese Thatsache auch bei Kindern sicherstellen können, die dauernd im Bett lagen, woraus, wie übrigens wohl bekannt, hervorgeht, daß es nicht blos das Aufstehen sei, welches die Albuminurie beeinflußt.

Verf. berichtet nun in vorliegender Arbeit über einen Fall von minimer Albuminurie, welche sich bei dem betreffenden Kinde zum ersten Male während der Zahnung zeigte, dann nach etwa siebenjähriger Pause wieder auftrat, um mit dem Eintritt der Menses neuerdings wieder zu verschwinden. Auf Grund der anamnestisch festgestellten erblichen Belastung, sowie auf Grund der therapeutischen Erfolge, welche er hinsichtlich gewisser Erscheinungen zur Zeit der Zahnung erzielt hatte, glaubt Verf. den vorliegenden Fall als eine lithämische Albuminurie deuten zu können. Auf Grund dieser Deutung verordnete Verf. eine besondere Lebensführung, welche bis zum fünften Lebensjahre streng gehandhabt wurde. Täglich nur einmal Fleischspeisen, des Abends gewöhnlich Mehlspeisen und Obst, selten weißes Fleisch. Käse und Alkohol hat er vollkommen gestrichen. Daneben ausgiebige Körperbewegung, längere Zeit Biliner Wasser, zeitweilig auch Lithium citricum. Das Kind entwickelte sich dabei vortrefflich, nur war die Stuhlentleerung immer etwas träge und die Zunge häufig etwas belegt. Auch trat durch viele Jahre ein übler Geruch aus dem Munde, besonders des Morgens auf, der sich nach abendlichem Genuß von Fleisch zu steigern schien. Vom fünften Jahre an hatte das Mädchen 1—2mal im Jahre eine sehr heftige, 1—3 Tage andauernde Urticaria des ganzen Körpers. Der Harn erwies sich jedoch dabei stets eiweißfrei. In gleicher Weise wurde der Harn bei jeder Infectionskrankheit, welche das Kind überstand, untersucht und als eiweißfrei constatirt. Somit war jeder Verdacht, daß es sich im vorliegenden Falle um eine postinfectiöse minime Albuminurie gehandelt haben konnte, mit Sicherheit auszuschließen.

Im siebenten Lebensjahre trat, wie gesagt, ein Recidiv ein. Bei allen Untersuchungen ergab sich eine intermittirende cyclische, wahre Albuminurie. An den Tagen mit Albuminurie war der Nacht- und Morgenharn immer

eiweißfrei, der Mittagharn etwas, der Nachmittagharn stärker, der Abendharn schwächer eiweißhaltig. Die Durchschnittsprobe aus dem Harn von Mittag bis Abend ergab $^{1}/_{4}$—$^{3}/_{4}$ ‰ Eiweiß, doch war außerdem noch etwas durch Essigsäurezusatz allein fällbares Eiweiß vorhanden. Verabreichung von Lithium citricum und Biliner Wasser bis zur Alkalescenz des Harns während mehrerer Monate ändert nichts an der Eiweißmenge, ebenso wenig die vollkommene Entziehung der Fleischnahrung. Von nun an wurden verschiedene Behandlungsmethoden, darunter mehrere Brunnenkuren, angewandt, aber nur mit vorübergehendem Erfolg. Die Albuminurie bestand diesmal ca. vier Jahre lang und verschwand mit Eintritt der Menses, um vielleicht, wie Verf. meint, in einer späteren Lebensepoche wieder aufzutreten.

Lubowski.

1. DDr. Offer und Rosenquist: **Ueber die Unterscheidung des weissen und dunklen Fleisches für die Krankenernährung.** Zweite Mitteilung. (Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 49.)
2. Prof. Senator: **Bemerkungen zu der zweiten Mitteilung von Offer und Rosenquist über die Unterscheidung des weissen und dunklen Fleisches für die Kranken-Ernährung.** (Ibidem.)
3. Pabst: **Zur Kenntnis der Wirkung des weissen und schwarzen Fleisches bei chronischer Nieren-Erkrankung.** (Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 25.)

In den letzten Monaten des vergangenen Jahres wurde die Frage erörtert, ob man berechtigt sei, chronischen Nierenkranken den Genuß von dunklem Fleisch ebenso zu gestatten wie den des weißen, oder ob das letztere vor dem ersteren den Vorzug haben sollte. Die Discussion wurde durch v. Noorden eingeleitet, der sich (cf. diese Monatsberichte, Jahrg. 1899, H. 11, S. 686 u. ff.) gegen den Usus aussprach, den Kranken mit Schrumpfniere nur das weiße Fleisch von Fischen, Kälbern zu gestatten und das rote und braune Fleisch zu verbieten. Im Auftrage von v. Noorden haben dann Offer und Rosenquist (cf. diese Monatsberichte, Jahrgang 1900, H. 1, S. 58 u. ff.) die chemische Basis der principiellen Unterscheidung zwischen weißem und braunem Fleisch genau untersucht. Sie sind dabei zu dem Schluß gelangt, daß die principielle Unterscheidung von hellem und dunklem Fleisch in der Diätetik von Gicht- und Nierenkranken vom Standpunkt der chemischen Zusammensetzung der beiden Fleischsorten unbegründet ist. Die entsprechende Mitteilung von Offer und Rosenquist wurde von Senator beanstandet, der O. und R. vorwarf, bei ihren Untersuchungen zu einseitig vorgegangen zu sein und manche Punkte übersehen zu haben Unsere damals ausgesprochene Hoffnung, daß O und R. ihre Untersuchungen in der von Senator angegebenen Richtung vervollständigen würden (cf. diese Monatsberichte, Jahrgang 1900. H 1, S. 60). ist in Erfüllung gegangen. Sie

haben ihre Untersuchungen wieder aufgenommen und dabei die von Senator gegen ihre erste Untersuchungsreihe gemachte Einwendung berücksichtigt. In ihrer zweiten Mitteilung (1) erwidern O. und R. auf die Beanstandung Senator's, sie hätten nur die stickstoffhaltigen Extractivstoffe des Fleisches bestimmt und zum Vergleich herangezogen und die stickstofffreien Extractivstoffe übersehen, daß sie diese Stoffe nicht übersehen, sondern absichtlich vernachlässigt haben, weil sie für die vorliegende Frage ohne Belang seien. Die stickstofffreien Extractivstoffe des Fleisches sind: Milchsäure, Spuren von Buttersäure, Essigsäure, Ameisensäure, ferner Inosit und Glykogen, welche sämtlich ganz unschädliche Substanzen sind. Der Hinweis Senator's, daß durch die Zubereitung die Zusammensetzung des Fleisches geändert werde, veranlaßte O. und R., Bestimmungen der Extractivstoffe von Kalbfleisch vor und nach der Zubereitung vorzunehmen. Die entsprechenden Versuche haben ergeben, daß das weiße Fleisch durch die Zubereitung seinen Extractivstickstoff keineswegs leichter und vollständiger abgebe als das dunkle Fleisch. Zweifellos hängt der Verlust an Extractivstickstoff von jedem Fleisch ungemein von der Zubereitungsart ab; die hierdurch bedingten Unterschiede sind sicher viel größer als die Unterschiede in der ursprünglichen Zusammensetzung des Fleisches. Was schließlich die Behauptung Senator's betrifft, daß das dunkle Fleisch mehr Stickstoff enthielte als das weiße und daß das erstere eine erhöhte Harnsäurebildung bewirken könnte, so weisen O. und R. darauf hin, daß nur ganz erhebliche Unterschiede in der absoluten Höhe der Fleischzufuhr deutliche Steigerung bezw. Senkung der Harnsäureausscheidung veranlassen. Die kleinen Unterschiede, die dadurch bedingt werden, daß man z. B. 250 g Ochsenfleisch oder 250 g Kalbfleisch verzehrt, haben in den Untersuchungen keines einzigen Forschers irgend welchen Einfluß auf die Größe der Harnsäureausscheidung auszuüben vermocht. Alles in Allem halten O. und R. an ihren früheren Schlüssen fest.

Auf diese zweite Mitteilung erfolgte natürlich wiederum eine Bemerkung Senator's (2), in der er darauf hinweist, schon die Anerkennung der durch die Zubereitungsart bedingten Unterschiede hätte O. und R. davon abhalten müssen, lediglich aus den Versuchen des Rohmaterials einen Schluß auf die Bedeutung der verschiedenen Fleischarten für die Krankenernährung, welche der bisherigen Praxis widerspricht, zu ziehen. Auch S. hält an seiner Ansicht fest. Die Discussion hat somit zu einer Verständigung in der angeregten Frage nicht geführt.

Aus diesem Grunde berührt es angenehm, daß diese Frage nochmals, und zwar jetzt von dritter Seite, in Angriff genommen wurde. Im Auftrage Fürbringer's hat dessen Assistenzarzt Pabst (3) einige Versuche zur Klärung der Frage angestellt, die um so beachtenswerter sind, als sie, von jeder theoretischen Speculation losgelöst, einen rein practisch klinischen Character zeigen. Sie haben sich auf folgende drei Punkte bezogen: 1. Menge und specifisches Gewicht des ausgeschiedenen Urins, 2 Eiweißmenge, 3. Cylindergehalt im Urin und 4. Allgemeinbefinden. Seine Versuche

hat P. an zwei jungen Mädchen, die mit chronischer parenchymatöser Nephritis behaftet waren, ausgeführt. Er hat nur den Unterschied zwischen weißem und schwarzem Fleisch gemacht und als ihre Hauptvertreter auf der einen Seite Kalb-, Hühner- und Taubenfleisch, auf der anderen Rind-, Hammel- und Hasenfleisch gegeben. Die Tagesportion betrug $^1/_2$ Pfund. Um bei verwertbarer Vergleichsgrundlage den Status quo ante der Nieren nach Darreichung der einzelnen Fleischsorten möglichst wieder herzustellen, hat er Pausen von einer Woche eintreten lassen und während derselben Milchdiät verordnet. Die Kranken erhielten also zuerst eine Woche weißes Fleisch, eine Woche Milchdiät, eine Woche schwarzes Fleisch, eine Woche Milchdiät und zuletzt noch eine Woche halb Kalb-, halb Rindfleisch. An jedem Tage wurden Harnmenge und spec. Gewicht gemessen und Eiweißbestimmungen gemacht, der Einfachheit halber mit dem Esbach'schen Albuminimeter, das bei der genannten Anordnung zu diesem Zweck wohl ausreichend gewesen sein dürfte, zumal es fern lag, innerhalb der Fehlerquellen liegende Differenzen zu verwerten. Einen Tag um den anderen wurde der Harn sedimentirt und die Menge der Cylinder bestimmt. Bei Vergleichung der gefundenen Zahlen finden sich nun allerdings Werte, die etwas zu Ungunsten des schwarzen Fleisches gegenüber dem weißen zu sprechen scheinen; doch liegen die durchweg kaum 1 ‰ betragenden Unterschiede innerhalb der Grenzen der Fehlerquellen. Ferner war die Menge des producirten Urins bei der schwarzen Fleischkost meist eine geringere. Bei der Berechnung der absoluten, allein maßgebenden Eiweißmengen ergiebt es sich, daß dem schwarzen Fleisch im Großen und Ganzen keine höheren Werte zukommen, was mit den einschlägigen Untersuchungen von Ewald und Fürbringer übereinstimmt. Der Cylindergehalt des sedimentirten Urins war ein mäßig wechselnder. Soweit aber hier ein bestimmtes Urteil möglich, war er während der Kost von schwarzem Fleisch nicht größer, als bei einer anderen Kost. Beide Fleischsorten wurden von den Patientinnen gleich gut vertragen. Nach ihrer Aussage konnten sie eine Aenderung in ihrem Befinden, ob es weißes, schwarzes oder gemischtes Fleisch gab, nicht constatiren. Für wertvoll hält P. den Umstand, daß das Fleischdarreichungsverbot der Milchdiät gegenüber irgend welchen Nutzen nicht hat erkennen lassen. Die Fleischsorten wurden von beiden Patientinnen gleich gern genommen; die eine hatte zunächst mehr Vorliebe für das weiße Fleisch, da ihr das Rindfleisch meist zu grobfaserig sei. Als ihr aber Hasenbraten vorgesetzt wurde, bekam sie eine umgekehrte Meinung. Im Durchschnitt fühlten sich beide Patientinnen bei gemischter Fleischkost am wohlsten.

Lubowski.

Ludwig Redlich (Wien): **Ueber den Einfluss der alkalischen Wässer auf Erkrankungen der Leber und Niere.** (Wiener med. Presse 1900, No. 21.)

R. verband mit einer klinischen Beobachtung eines Falles von Cholelithiasis und zweier Fälle von Nephritis resp. Albuminurie eine ganz genaue

Analyse der 24stündigen Harnmenge bei gleichzeitigem Gebrauch der Vichyer Quellen, und zwar untersuchte er den Harn zunächst vor Einleitung der Behandlung, und dann 2—3 Wochen später, um auf diese Weise die Veränderungen im Stoffwechsel zu erkennen.

Im ersteren Falle handelte es sich um einen 43jährigen Kutscher mit vorgeschrittener Nephritis mit Herzhypertrophie und Dilatation sowie Ascites, welche im zwei Monaten zum Exitus führte. Patient erhielt während zweier Wochen acht große Flaschen der Célestins-Quelle, je ein Liter enthaltend. Der Vergleich der Harnanalysen ergab nun, daß die Ausscheidung der festen Bestandteile im Harn während der Trinkkur durchweg abgenommen hat mit Ausnahme der gebundenen Schwefelsäure und des neutralen Schwefels. Wie die Obduction zeigte, befand sich die Niere bereits in atrophischem Zustand. Das Experiment dieses Falles lehrte somit, daß bei vorgeschrittener Nephritis die Zufuhr von alkalischen Wässern keinen therapeutischen Effect erzielt, wenn die Niere sich schon im Stadium der Atrophie befindet.

Der zweite Fall betraf eine 21jährige Frau mit geringer Albuminurie bei starker Blutarmut. Es wurden in 28 Tagen 30 Flaschen der Quelle Mesdames verabreicht und zwar mit günstigem Erfolge unter Herabgehen der Eiweißausscheidung von 0,023 auf 0,013 pCt. Während im ersteren Falle eine Verminderung der Abfallstoffe mit einer Vermehrung der Aetherschwefelsäure eingetreten war, zeigte sich hier umgekehrt eine Vermehrung der Ausscheidung mit einer Verminderung der Schwefelsäure, und so ließ sich der Schluß ziehen, daß in diesem Falle der Krankheitsproceß in der Niere zurückgegangen war und in Folge dessen eine bessere Verdauung eintrat, die Darmfäulnis sich verringerte, was sich in der Verminderung der gebundenen Schwefelsäuren äußerte.

In dem Falle von Cholelithiasis ergab sich die günstige Wirkung der Quelle Grande-Grille aus dem klinischen Verlaufe mit einem Gewichtszuwachs von fünf Pfund in sechs Wochen; die Harnanalyse erteilte über die Art der Wirkung keinen Aufschluß. Mit Ausnahme der geringen Unterschiede in der Ausscheidung von Indican, Skatol, die zur Norm zurückkehrten, ferner des Schwindens des Peptons sowie der vermehrten Ausscheidung der Phosphate und Sulfate glichen sich die Analysen. Das Schwinden des Peptons würde als Zeichen einer Besserung des Stoffwechsels gelten können, während die Verminderung des Skatols und Indicans ein Beweis für die bessere Verdauungskraft des Intestinaltractes in Folge des Eintritts der Galle in den Darm sein könnten.

R. zieht den Schluß, daß bei Leberkrankheiten und Nierenerkrankungen, vorausgesetzt, daß diese Organe noch nicht in das Stadium der Schrumpfung übergegangen sind, der Gebrauch alkalischer und speciell Vichyer Wässer von nützlichstem Erfolg begleitet ist.

E. Samter.

C. Mansell Moullin (London): **The Causes and Treatment of movable Kidney.** (The British Medical Journal, 10. März 1900.)

Der Aufsatz des Verf. ist der Auszug eines Vortrages, dessen eingehendere Erörterungen Referent im Original leider nicht zugänglich sind Die Beweglickeit normaler Nieren hält sich zwischen 3—5 cm. Die Festlegung des Begriffs „Wanderniere“ (besser durch „bewegliche Niere“ = movable kidney zu substituiren) ist nach verschiedenen Autoren eine differente. Verf. hält für das beste Kriterium die Unmöglichkeit der Niere, nach forcirter Inspiration bei aufrechter Stellung des Kranken, bei folgender ruhiger Exspiration den Bewegungen des Zwerchfells zu folgen und wieder in die Höhe zu steigen, so daß selbst nur ihr unterer Teil palpabel ist. Eine abnorme Beweglichkeit der Niere liegt nicht vor, auch selbst wenn sie in ihrer ganzen Hälfte zu fühlen ist, wenn sie nur ihre normalen Beziehungen zum Zwerchfell bei der Atmung innehält. Die Fascia perirenalis (Zuckerkandl, Gerota) setzt einer Bewegung der Niere nach unten und innen keinen Widerstand entgegen Das Fett, welches auf der Innenseite dieser Fascie der Niere ringsum aufliegt, ist wahrscheinlich dazu bestimmt, die Bewegungen des Organs zu erleichtern; es ist an der hinteren Fläche am stärksten entwickelt, während es an der Vorderseite verhältnismäßig spärlich vorhanden und nur lose mit dem Peritoneum verwachsen ist. In einigen Fällen von Ren mobilis hat sich eine Atrophie dieses Fettes vorgefunden, aber weit häufiger eine überaus starke Entwicklung desselben, so daß es bei der Annäherung exstirpirt werden mußte. Die fibrösen Stränge, welche in ziemlicher Stärke von der Fascie durch diese Fettmasse hindurch zur Nierenkapsel ziehen, haben für die Fixirung der Niere keine Bedeutung. Ihre Hauptfunction besteht darin, die normale Nierengestalt und die Lage ihrer einzelnen Teile zu erhalten. Außer der Fascie und dem Fett ist der intra-abdominale Druck vor Allem auf das Entstehen einer Wanderniere von Einfluß, ebenso das Peritoneum, welches leicht durch die Niere vorgebuchtet werden kann. Daß die Leber einerseits und das Colon andererseits die Niere in ihrer Lage halten sollen (Kendal Franks), ist nicht ohne Unterstützung anderer Momente anzunehmen; auch ist die Wanderniere keine Teilerscheinung einer allgemeinen Enteroptose, wie es Glénard annimmt. Die normale Lage der Niere wird gewährleistet zum Teil durch den in dem extraperitonealen Raume vorhandenen Druck, zum anderen Teil durch ihre Anpassung an die lumbalen Recessus, deren Gestalt durch neuere Untersuchungen bestimmt ist Die Weite derselben ist „eine Strafe für die Annahme der aufrechten Stellung“ des Menschen; aus der Entwicklungsgeschichte der Tierklassen wie des einzelnen Individuums ist dies ersichtlich. Aus der geschütztesten Lage ist die Niere in eine am meisten exponirte versetzt. Es ist daher das Entstehen einer Wanderniere überhaupt nicht so sehr als die Seltenheit dieses Vorkommnisses zu bewundern. Die Wanderniere zählt zu den sicherlich erblichen und häufigen Leiden. Frauen, besonders solche, welche geboren haben, werden mehr

befallen als Männer; rechts trifft man sie weit häufiger als links. Bezüglich der Therapie erweist sich nur in den leichten Fällen das Tragen einer Binde in Verbindung mit Massage und Leibesübungen als nützlich, denn eine dislocirte Niere vermag sie nicht an ihren Platz zurückzudrängen oder sie nach der Reposition dort zu halten, wenigstens nicht bei aufrechter Stellung und tiefer Inspiration. Polsterungen sind wertlos. Bei deutlicher Deformität der Lendengegend, die mit Ren mobilis verbunden ist, sollte man von vorn herein die Nephrorrhaphie vornehmen. Sie wird sich immer bewähren, so lange noch nicht untilgbare Symptome seitens des Nervensystems vorliegen. Blanck (Potsdam).

Dr. Baratinski (Twer): **Ueber Fixation der Wanderniere durch Naht.** (Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, Heft 2.)

Verf. weist darauf hin, daß die chirurgische Behandlung der Wanderniere von den russischen Chirurgen sehr selten geübt wird. So sind bis jetzt in Rußland von 13 Autoren im Ganzen 21 Fälle von Nephropexie veröffentlicht worden, während die Zahl der Veröffentlichungen über diese Operation in der nicht russischen Litteratur bereits eine so bedeutende ist, daß man berechtigt ist, auf Grund derselben über den Nutzen bezw. die Nutzlosigkeit der Nephropexie zu urteilen. An und für sich ist diese Operation, wenn sie nach der Lumbalmethode ausgeführt wird, ungefährlich; Todesfälle in Folge dieser Operation sind nicht beobachtet worden; die sclerotischen Veränderungen, welche in der Niere durch den Seidenfaden gesetzt bezw. durch die partielle Entfernung der Nierenkapsel bedingt werden, sind unbedeutend und führen zu keinen Störungen der Nierenfunction. Küster berechnet den Procentsatz vollständiger Genesungen auf 64,1, den Procentsatz der Mißerfolge auf 12,8 pCt. Hahn und Sulzer haben gleichfalls in ca. 50—60 pCt sämtlicher Fälle von Nephropexie vollständige Heilung erzielt. Auf dem internationalen medicinischen Congreß zu Moskau erklärte jedoch Tuffier, daß er in der letzten Zeit die Nephropexie seltener vornimmt, indem er die Indicationen zu derselben einengt; nach seiner Meinung stellt die Wanderniere in den meisten Fällen nur ein Symptom einer Allgemeinerkrankung dar. Zu den Indicationen gehört vor allem traumatische Dislocation der Niere. Hier erzielt man durch Reposition der Niere durch Naht in den meisten Fällen vollständiges Verschwinden der Krankheitserscheinungen. Weniger günstig sind die Resultate der Nephropexie in den Fällen, in denen die Wanderniere als ein Symptom desjenigen Krankheitszustandes auftritt, der als Enteroptose bezeichnet wird. Die geringsten Erfolge werden in den Fällen erzielt, in denen die Wanderniere bei hysterischen Individuen als zufällige Erscheinung angetroffen wird, und zwar aus dem Grunde, daß die Beweglichkeit der Niere von vornherein keine pathologischen Erscheinungen bewirkt.

Die Feststellung der Wechselbeziehungen zwischen Wanderniere und bestehenden anderen Erkrankungen des Organismus ist mit bedeutenden Schwierigkeiten verknüpft. So war es z. B. in dem Falle des Verf.'s, in

dem der gesamte Symptomencomplex auf Wanderniere hinwies. Bei der daraufhin vorgenommenen Operation wurde die thatsächlich dislocirte Niere im 11. Intercostalraum befestigt. Das Resultat der Operation war sowohl in technischer, wie auch therapeutischer Beziehung zunächst ein durchaus günstiges, so daß die Patientin nach zwei Monaten als vollständig geheilt entlassen werden konnte. Nach vier Wochen kam sie jedoch mit den früheren Erscheinungen wieder zurück, und nun ergab die sorgfältige Untersuchung zweifellose Zeichen von Tabes. Die weitere Behandlung wurde nun gegen die Tabes gerichtet. Lubowski.

Dr. Reisinger (Mainz): **Beitrag zur Behandlung der Hydronephrose.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 61, Heft 2.)

Der Patient litt seit mehreren Jahren an dumpfen Schmerzen, die, an der linken Nierengegend beginnend, bis in die Blase und Harnröhre ausstrahlten und durch Morphium bekämpft werden mußten. Die Anfälle kehrten in 4—6wöchiger Pause wieder. Die Diagnose wurde auf intermittirende Hydronephrose gestellt. Im Sommer 1898 kehrten die Schmerzanfälle häufiger, jede 3—4 Tage wieder; der Kranke gewöhnte sich allmählich an Morphium, und da er vollständig arbeitsunfähig wurde, trat er im November in das Krankenhaus ein, um sich einer operativen Behandlung zu unterziehen. Objectiv konnte auch in Narcose weder in der linken Nierengegend, noch im Verlauf des Ureters etwas Abnormes nachgewiesen werden, und dennoch drängte der ganze Verlauf zur Annahme einer intermittirenden Hydronephrose. Trotz dieser so spärlichen Anhaltspunkte hoffte Verf., durch Freilegen der Niere und des Ureters dem Hindernisse beizukommen und suchte durch einen von der elften Rippe bis zur Spin. ant. super. reichenden Schnitt die linke Niere bloßzulegen, war aber sehr überrascht, keine Niere zu finden. Das untere Ende des Schnittes wurde nach unten innen verlängert, das Peritoneum an einer kleinen Stelle eröffnet und mit dem eingeführten Finger das Becken abgetastet. Dabei fand sich nun Folgendes: Auf dem Promontorium und nach abwärts in das kleine Becken sich erstreckend, lag eine über mannsfaustgroße, prall fluctuirende Geschwulst, die breitbasig und unbeweglich der Innenfläche der hinteren Beckenwand aufsaß, glatte Oberfläche zeigte und noch sehr deutlich die Conturen der Renculi erkennen ließ. Der untere Pol der Geschwulst war etwa 3 cm von dem Vertex der halbgefüllten Blase entfernt. Ueber den Verlauf der Gefäße und des Ureters konnten sichere Anhaltspunkte nicht gewonnen werden. Da die Exstirpation dieser breitbasigen Geschwulst nicht gefahrlos war und nicht ohne zwingenden Grund noch functionsfähiges Nierengewebe geopfert werden sollte, wurde beschlossen, nach Heilung der großen Probeincision eine directe Anastomose zwischen beiden, in günstiger Nachbarschaft gelegenen Organen, eine Nephrocystanastomose anzulegen. Bei dem Mangel an Erfahrungen — die Durchsicht der Litteratur ließ hierüber vollkommen im Stiche — über die Zulässigkeit einer solchen Anastomose hielt Verf. es für ratsam, wenn auch zeitraubend, bevor diese doch ganz intraperitoneale Anastomose gemacht wurde,

eine temporäre Hydronephrosenfistel anzulegen. Außerdem war zu befürchten, daß mit der ungehinderten Entleerung der Hydronephrose eine gewisse Schrumpfung des Sackes und hiermit eine Zerrung der frisch angelegten Anastomose eintreten werde, eine Gefa' r, deren Eintritt unwahrscheinlich wurde, wenn durch vorherige Anastomose ein gewisser Dauerzustand der Sackniere angebahnt war. Die Fistel wurde in der Mitte zwischen Symphyse und Umbilicus angelegt; die Wandung des Sackes betrug etwa $^3/_4$ cm; aus der Fistel entleerten sich innerhalb 24 Stunden etwa 300 ccm normalen Urins. Alle Beschwerden waren seit diesem Eingriffe beseitigt. Nach 14 Tagen wurde drei Finger breit oberhalb der Symphyse das Abdomen auf 6 cm quer eröffnet, der Vertex der mäßig stark mit Borwasser gefüllten Blase und der untere Pol der Hydronephrose bloßgelegt und zwischen beiden genau nach dem bei Enteroanastomose üblichen Verfahren eine Verbindung hergestellt. Zur bequemen Entleerung der Hydronephrose eignete sich am besten eine möglichst tief gelegene Partie der Wandung zur Anlegung der Anastomose. Nachdem zuerst die Serosa der Blase und die des Sackes auf 3 cm durch fortlaufende Seidennaht vereinigt waren, wurden beide Hohlorgane 1,5 cm breit eröffnet und nun durch eine zweite, die ganze Dicke der Wandung der Blase und des Sackes umfassende Naht vereinigt. Ein durch die Blase hindurch ziehender und im intravesicalen Teile mit seitlichen Löchern versehener Dauerkatheter wurde in die Hydronephrose eingelegt und zum Schlusse die Anastomose vollendet. Die Laparotomiewunde wurde durch Kopfnähte geschlossen. Der Dauercatheter mußte leider wegen starker Reizung der Urethra am vierten Tage entfernt werden. Da die zuerst angelegte Hydronephrosenfistel wohl aus übertriebener Besorgnis offen gelassen worden war, lief nun eine Zeit lang der von beiden Nieren abgesonderte Urin durch dieselbe ab. Sie wurde später, als man annehmen konnte, daß die Nephrocystanastomose genügend resistent sei, durch Naht geschlossen; der Erfolg war nur ein teilweiser. Der Rest heilte binnen kurzer Zeit per sec. int. Während der folgenden Wochen constatirte der Kranke, daß er am Schlusse jeder Urinentleerung durch Druck auf die Hydronephrosegegend noch etwa $^1/_8$ Liter hellen Urins ausscheiden konnte; dieses Quantum nahm im Laufe der nächsten Monate allmählich ab und beträgt zur Zeit noch etwa 20 Tropfen. Patient ist durch die Operation völlig schmerzfrei geworden, sieht blühend aus und ist als Zimmermann vollständig arbeitsfähig. Lubowski.

Charles A. Morton (Bristol): **A Case of abdominal Nephrectomy for renal Sarcoma in a young Child.** (The British Medical Journal, 3. Februar 1900.)

Verf. exstirpirte auf abdominalem Wege ein Adenosarcom der linken Niere bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde. Die Geschwulst war von gut Cocosnußgröße; die Hämaturie und das schnelle Wachstum des Tumors hatten die Eltern zum Arzt geführt. Das Bemerkenswerte an dem Fall ist, daß das

Kind den Eingriff gut überstand und erst fünf Monate später an Lungentuberculose zu Grunde ging, ohne daß ein locales Recidiv aufgetreten war; ein bei der infausten Prognose der Erkrankung und schlechten Erfolgen der Operation bemerkenswertes Resultat. Blanck (Potsdam).

Giorgio Nicolich (Triest): **Ein Fall von aseptischer Nephrolithiasis. Nephrolithotomie. Heilung.** (Aus dem städtischen Krankenhause in Triest. Wiener med. Presse 1900, No. 22.)

Der 32jährige Patient hatte vor drei Jahren zweimal blutigen Urin entleert, ohne Schmerzen in der Blase oder an den Nieren zu spüren und ohne daß zunächst weitere Erscheinungen eintraten. Vor etwa $1^1/_2$ Jahren stellten sich dann wiederholt Schmerzen in der linken Nierengegend ein, die in kurzer Zeit den Character der echten Nierencolik annahmen. Im Urin fand sich bei diesen Anfällen weder Blut, noch Concremente oder Sand. Erst vor ca. $^3/_4$ Jahren zeigte sich nach der Aufnahme des Patienten, im Anschluß an einen neuen Anfall, der Urin trübe, im Sedimente mikroskopisch wenige rote Blutkörperchen, Leucocyten und Krystalle von oxalsaurem Kalk enthaltend. Die Untersuchung ergab ein vermehrtes Volumen der Niere. Röntgenuntersuchungen führten zu keinem Resultat. Patient drängte auf Operation, welche Ende November 1899 vorgenommen wurde. Durch den bogenförmigen Guyon'schen Schnitt wurde die Fettkapsel der Niere bloßgelegt und nach Durchreißung der Kapsel die Niere isolirt und fast ganz aus der Wunde herausgehoben. Beim Abtasten des Nierenbeckens hatte N. sofort das Gefühl von Vorhandensein eines Nierensteines und nach Durchschneidung der Niere bis zum Becken konnte er einen Stein von der Größe einer Kastanie entfernen. Nach Anlegung einiger Catgutnähte stand die vorher ziemlich beträchtliche Blutung. Nach der Operation Hämaturie, die aber bis zum sechsten Tage wieder völlig geschwunden war; auch mußte der Kranke die ersten drei Tage hindurch katheterisirt werden. Im Uebrigen war der weitere Verlauf ein sehr günstiger, die Wunde vernarbte vollständig, der Kranke fühlte sich nach einigen Wochen vollkommen wohl, der Harn war klar.

N. macht noch besonders auf die Schwierigkeit der Diagnose aufmerksam, er erinnert daran, daß es auch einfache, von Hämaturie begleitete Nierenneuralgien giebt, daß Wanderniere, Nierentuberculose, Tumoren der Niere ähnliche Symptome hervorrufen können. In einzelnen Fällen wird der Schmerz nicht in der erkrankten Niere empfunden, sondern an anderen Stellen, z. B. auf der entgegengesetzten Seite, oder er stellt sich als Ischias dar. Bei einigen Fällen fehlt der Schmerz vollständig. N. behandelt seit mehreren Jahren einen alten Herrn mit Prostatahypertrophie und Blasenlähmung, bei dem er vor fünf Jahren mittels Sectio alta 54 Steine aus der Blase entfernte; auch jetzt noch ist er alle zwei Monate genötigt, mit dem Blasenaspirator fünf bis acht runde Steinchen aus der Blase zu entfernen. Alle diese Concremente, welche ihren Ursprung in der Niere hatten, verursachten nie den geringsten Anfall von Nierencolik.

Zum Schluß empfiehlt N., sich nicht erst mit Mineralwasserkuren aufzuhalten, sondern schon möglichst frühzeitig an die operative Behandlung des Falles heranzugehen. E. Samter.

Dr. Aue: **Ueber zwei Fälle von Nephrotomie.** (Vortrag in der Russischen Pirogow'schen chirurg. Gesellsch. Jeschenedelnik 1900, No. 10.)

Die Nephrotomie wurde in beiden Fällen wegen Nierensteinen ausgeführt.

In dem ersten dieser Fälle handelte es sich um einen höchst abgemagerten Kranken, der über starke Schmerzen in der Nierengegend klagte. Hierselbst wurde eine höckerige, bei der bimanuellen Untersuchung ballotirende Geschwulst gefühlt. Der Harn enthielt massenhaft Eiter, Eiweiß und Nierenbeckenzellen. Bei der Cystoskopie konnte man deutlich sehen, daß aus dem linken Ureter trüber Harn fließt, dessen Menge bei Druck auf die linke Nierengegend zunahm. Aus dem rechten Ureter floß durchsichtiger Harn. Anamnestisch wurden Gonorrhoe, Cystitis, Hämaturie und Anzeichen von Pyelitis festgestellt. Die Diagnose lautete auf Pyonephrose in Folge von Steinen. Der schlechte Allgemeinzustand des Kranken, sowie die Unsicherheit bezüglich des Gesundheitszustandes der anderen Niere veranlassen Prof. Sklifossowski, den Eingriff auf Nephrotomie zu beschränken. Lumbalschnitt. Entfernung von ca. 1 l Eiter, sowie eines verdächtigen Steines von 50 g. Befestigung der Niere an die Haut, Drainage. Nach der Operation bedeutende Abnahme der gesamten Urinmenge. Im Harn zeigten sich Cylinder; es gesellte sich eine eitrige Parotitis hinzu, und am dritten Tage starb der Kranke. Als Todesursache betrachtet Verf. die gemeinsame Wirkung von Sepsis, Urämie und Chloroformnarcose. Die Section ergab, daß die operirte Niere noch wenig zerstört, während die andere Niere stark atrophirt war.

Der zweite Fall betrifft einen gut genährten Patienten mit einer zweifaustgroßen, leicht ballotirenden, höckerigen Geschwulst in der rechten Nierengegend. Untersuchung mittels Cystoskops und Röntgenstrahlen negativ. In der Anamnese Gonorrhoe, Harngries und Hämaturie. Freilegung der Niere mittels Lumbalschnittes. Mittels Probepunctionen mit einer langen Nadel wurde die Anwesenheit eines Steines festgestellt. Incision der Niere dem convexen Rande entlang, Entfernung eines großen, 108 g schweren Steines. Nach der Operation fühlte sich der Patient sehr wohl, die Menge des Harnes stieg rasch. Blut wurde im Harn nur in den ersten zwei Tagen nach der Operation gesehen. Ebenso rasch verschwand der Eitergehalt des Harnes. Die Wunde vernarbte. Die Schmerzen verschwanden vollständig.

Bezüglich der Diagnose bemerkt Vortr., daß man sich auf die cystoskopische Untersuchung nicht zu sehr verlassen darf. Bei eitriger Cystitis ist die Katheterisation der Ureteren sehr gefährlich. Das Cystoskop vermag nicht die Frage zu entscheiden, ob bei dem Patienten auf der anderen Seite die Niere überhaupt fehlt oder eine reflectorische Anurie vorliegt. Während

nun im ersteren Fall eine Operation contraindicirt ist, ist im letzteren Fall dieselbe eine Indicatio vitalis. Das angeborene Fehlen einer Niere ist ein viel häufigeres Vorkommnis, als allgemein angenommen wird. Die radioskopische Untersuchung vermag nur selten zur Diagnose von Nierensteinen beizutragen. In dem zweiten Fall des Vortr. fiel, wie gesagt, die Röntgenuntersuchung negativ aus, während derselbe Stein, nach der Operation photographirt, ein sehr deutliches Schattenbild gab. Auch Vortr. ist bei seinen diesbezüglichen Untersuchungen zu dem mehrfach bekannt gegebenen Schluß gelangt, daß die Oxalatsteine für die Röntgenstrahlen am wenigsten durchgängig sind; hierauf kommen die Phosphat- und schließlich die Uratsteine. An der Leiche sind Nierensteine deutlicher zu sehen, als am lebenden Menschen. Die Atmungsbewegungen, sowie der stets vorhandene Eiter machen am lebenden Menschen das Bild des Steines undeutlich und verschwommen. Der zweite Fall des Vortr. liefert einen weiteren Beweis dafür, daß der negative Ausfall der Röntgenuntersuchung für die Diagnose nicht maßgebend sein kann.

Was die Technik der Nephrotomie betrifft, so empfiehlt Vortr. die in seinen Fällen angewendete oblique Lumbalincision auf das Wärmste. Die Niere selbst ist am besten durch den sogenannten Sectionsschnitt zu eröffnen, d. h. durch einen dem convexen Rande entlang geführten Schnitt. Die Incision des Nierenbeckens ist dagegen zu vermeiden, weil nach derselben gewöhnlich Monate lang bestehende Nierenfisteln zurückbleiben.

Lubowski.

Dr. Nobel: **Beitrag zur Frage der operativen Behandlung der Nierensteine.** (The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children, März 1900. — Jeschenedelnik 1900, No. 18.)

Verf. berichtet über einen Fall, der beweist, wie schädlich die Verschiebung der Operation bei Nierensteinen bisweilen sein kann. Die 42jährige Patientin fühlte sich in den letzten Jahren unwohl. Vor ungefähr 5 Jahren überstand sie einen Anfall von Nierencolik, ohne daß es zu Abgang von Nierensteinen weder unmittelbar nach dem Anfall, noch später kam. Seit dieser Zeit hatte die Patientin ein Gefühl von Schwere in der linken Nierengegend und litt beständig an Catarrh der Harnblase, gegen den verschiedene Mittel ohne Erfolg angewendet wurden. Die Untersuchung ergab eine ziemlich große Geschwulst in der linken Hälfte der Bauchhöhle, die mit großer Wahrscheinlichkeit als die erweiterte Niere angesprochen werden konnte. Der alkalische Harn zeigte starken Eitergehalt. Der Ureterkatheterismus ergab Folgendes: Aus der rechten Niere fließt rotgelber, sauer reagirender Harn mit Beimischung von Eiweiß und Blut, sowie von hyalinen und körnigen Cylindern. Aus der linken Niere fließt Harn mit geringem Eiter und Eiweißgehalt. Temperatur 37,7°, Puls 100. In Anbetracht obiger Thatsachen, sowie auch des anamnestisch festgestellten Anfalles von Nierencolik wurden Nierensteine und als deren Folge bedeutende Zerstörung der

linken Niere angenommen. Obgleich auch die rechte Niere auf Grund des erhobenen Befundes nicht als gesund angesehen werden konnte, so war immerhin die Annahme berechtigt, daß deren Erkrankung auf Verringerung der gesamten Harnquantität beruhe und daß nach Entfernung des Hauptkrankheitsherdes, d. h. der linken Niere, die rechte normal werden würde. Es wurde nun die linke Niere exstirpirt, und die Kranke genas. Man fand den Stein im oberen Teile des linken Ureters, die Niere selbst war von zahlreichen Eiterherden durchsetzt, das Parenchym derselben war fast total zerstört. Die ursprüngliche Quelle der Erkrankung lag somit im Ureter, während die Niere erst secundär in den Krankheitsproceß hineingezogen wurde. Wäre die Operation vor fünf Jahren gleich nach dem ersten Anfall von Nierencolik gemacht worden, so hätte man zweifellos die Niere retten können. Lubowski.

L. Kraft: **Ueber Anurie.** (Vortrag in der Kopenhagener medicin. Gesellschaft, 4. April 1900. Hospitals Tidende 1900, No. 29.)

Unter 2953 Autopsien, die in den Jahren 1896—1899 auf dem Kopenhagener Commune-Hospital vorgenommen wurden, fanden sich Steine im Nierenbecken und Harnleiter bei 40 Fällen (1,03 pCt.); von diesen waren 15 doppelseitig, 15 linksseitig und 10 rechtsseitig.

Unter den 15 doppelseitigen Fällen wurde viermal Einklemmung von Steinen in beiden Harnleitern mit completer Anurie beobachtet.

Bei 14 Sectionen konnte nur eine functionirende Niere nachgewiesen werden. In der Hälfte dieser Fälle war der Mangel durch fehlerhafte Anlage verursacht, in den übrigen Fällen war die Niere früher durch Operation entfernt worden. Unter den erwähnten 14 Fällen fanden sich dreimal Steine in der functionirenden Niere, jedes Mal mit völliger Verstopfung des Harnleiters.

Verf. teilt ausführlich neun Krankengeschichten von calculöser Anurie mit und kommt nach eingehender Besprechung seines Materials zu folgenden Conclusionen:

1. Es können sich in den Nieren selbst größere Steine finden, ohne je klinische Symptome hervorzurufen.

2. Steine können in beiden Harnleitern eingeklemmt werden ohne andere Symptome als Anurie.

3. Eine Narcose genügt, um die Uretermusculatur, welche sich um den eingeklemmten Stein spastisch contrahirt, schlaff zu machen und

4. der Stein mag als Folge davon wieder zum Nierenbecken zurückgehen, wodurch der Stein plötzlich freien Abfluß bekommen kann.

5. Ein Stein mag im obersten Teil des Harnleiters eingeklemmt sein, ohne Reflexanurie zu erzeugen

Man müsse somit annehmen, daß alle diejenigen Fälle, bei welchen Reflexanurie diagnosticirt wurde und die Patienten mit oder ohne Operation weiter lebten, überaus zweifelhaft seien. Eine tötlich endende Reflexanurie kann nicht vollständig geleugnet werden, da drei solche Fälle sich in der

Litteratur vorfinden; in allen den anderen mehreren Hunderten Fällen von Anuria calculosa muß festgehalten werden, daß entweder doppelseitige Einklemmung oder auch Mangel der anderen Niere vorhanden war. Was die Behandlung betrifft, so soll in allen Fällen die Nephrotomie möglichst schnell vorgenommen werden.

Bei Fällen mit Reflexanurie darf man die Operation nicht aussetzen, denn eben hier hat man die besten Aussichten auf Rettung der Patienten, und in denjenigen Fällen, wo die Anurie nicht reflectorischen Ursprungs ist, soll auch möglichst schnell operirt werden, weil man nicht den Zustand des Nierengewebes kennt und dafür zu sorgen hat, daß es nicht durch mechanische Stauung der Harnsecretion noch mehr der Degeneration anheimfällt. In diesen letztgenannten Fällen ist die Prognose schlecht, doch zum großen Teil vom Zustand der Niere und der seit der Operation vergangenen Zeit abhängig.

Die Chloroformnarcose, welche von einzelnen Verfassern als ein gutes Mittel zur Hebung der Reflexanurie betrachtet wird, ist völlig zu verwerfen, denn wo keine Reflexanurie existirt — und eine solche kann niemals mit absoluter Sicherheit diagnosticirt werden —, muß die Narcose nach einigen wenigen Tagen wiederholt werden zur Vornahme der Nephrotomie, welche jetzt unter solchen Umständen viel geringere Aussicht auf Heilung als die frühere Operation darbietet. Max Melchior (Kopenhagen).

IX. Technisches.

Dr. Kossmann: **Ueber ein neues Verfahren zur Sterilisation der Hände und des Operationsgebietes mittels des Chirols.** (Centralblatt für Chirurgie 1900, No. 22.)

Verf. geht von dem Standpunkte aus, daß der Zweck, den das Tragen von Gummihandschuhen bei Operationen verfolgt, an und für sich durchaus gerechtfertigt ist, daß aber den Gummihandschuhen in technischer Beziehung viele Mängel anhaften, die den angestrebten Zweck beinahe illusorisch machen. Die Hände erhitzen sich, sondern übermäßig Schweiß ab; Beweglichkeit und Tastwahrnehmung werden erheblich herabgesetzt; sucht man diesen Uebelstand auf ein erträgliches Maß herabzudrücken, indem man möglichst dünne Handschuhe gebraucht, so ist deren Zerreißlichkeit groß, und jeder Riß bringt das Operationsgebiet in Flüssigkeitsaustausch mit dem bacterienbeladenen Schweiße, der sich inzwischen innerhalb des Handschuhes angesammelt hat. Aber selbst der unverletzte Handschuh ist, wie es scheint, wenn er einigermaßen dünn ist, zu porös, um die Keime der Haut zurückzuhalten. Es lag in Folge dessen der Gedanke nahe, die gereinigte und getrocknete Hand mit einem Ueberzuge zu versehen, der

dieselben Vorteile wie der Gummihandschuh ohne dessen Nachteile böte. Es konnte sich dabei naturgemäß nur um die Herstellung einer Flüssigkeit handeln, die auf der trockenen Epidermis innerhalb einer kurzen Frist zu einem nicht klebrigen Krüstchen erstarrt. Eine solche Flüssigkeit ist nun von der Firma J. D. Riedel, Berlin, unter dem Namen Chirol hergestellt worden, die eine Auflösung von gewissen Hartharzen und fetten Oelen in einem Gemisch von leicht siedendem Aether und Alcohol ist. Die Anwendung erfolgt in der Weise, daß die nach einer der üblichen Methoden möglichst gereinigte und desinficirte Hand sorgfältig abgetrocknet und wenige Secunden in ein mit Chirol gefülltes Becken getaucht wird, wobei man sie mit gespreizten Fingern in der Flüssigkeit bewegt, auch die Finger einige Male krümmt und streckt. Man zieht dann die Hand heraus, läßt sie ein paar Secunden abtropfen, hält sie dann sogleich mit den Fingerspitzen aufwärts in bequemer Haltung, etwa in Brusthöhe. Ein Hin- und Herbewegen in der Luft ist kaum nötig; auch ohne dieses ist der Ueberzug in 2—3 Minuten (je nach der Lufttemperatur) trocken und hat jede Klebrigkeit verloren. Irgend eine auch nur im geringsten Grade merkbare Beeinträchtigung des Tastgefühls oder der Beweglichkeit ist nicht vorhanden. Auch blättert der Ueberzug weder in Schüppchen ab, noch zeigt er selbst unter starker Lupe Risse. Um den Chirolüberzug zu entfernen, genügt eine kurze Waschung mit Spiritus, nach der eine leichte Einfettung mit Coldcream oder dergl. sich empfiehlt. Abspülen der Hände während der Operation mit sterilem Wasser, Sublimat- oder Chinosollösung schädigen den Ueberzug nicht. Auch 5proc. Formalinlösung, die sonst von der Hand sehr schlecht vertragen wird, kann man sich, wenn diese durch das Chirol geschützt ist, bedienen. Lösungen, in denen freie Alcalien enthalten sind (z. B. Lysol), greifen dagegen den Chirolüberzug etwas an und sind daher besser zu vermeiden.

Bezüglich des Verhaltens der Chirollösung zu Verunreinigungen und Luftteilen nimmt Verf. mit Sicherheit an, daß eine Vermehrung pathogener Keime in derselben unmöglich ist, wenn auch nicht alle Keime darin absterben.

Schützt man das Chirol vor Verdunstung, so kann man dasselbe Quantum ziemlich lange benutzen. Tritt aber eine Eindickung ein, so genügt ein geringer Zusatz von Aether, um das Chirol wieder brauchbar zu machen.

Selbstverständlich eignet sich die Chirollösung nicht nur zur Sterilisirung der Hände des Operateurs selbst, sondern auch der Hände der Assistenz, insbesondere des mit dem Zureichen der Instrumente und Einfädeln beschäftigten Personals. Auch zur Sterilisirung der Haut des ganzen Operationsgebietes dient das Chirol ganz vortrefflich. Schließlich gewährt die Chirollösung auch Schutz gegen Infectionen, die dem Arzte selbst, namentlich dem Dermatologen und Venerologen, gefährlich werden könnten. Lubowski.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Die Phosphaturie als Secretionsneurose der Niere.

Von

Dr. **M. Gonzalez Tanago,**

Specialarzt für Harn- und Hautkrankheiten in Madrid.

Sehr verschieden sind noch die Ansichten der Aerzte darüber, was man unter dem Namen Phosphaturie zu verstehen hat. Die größte Mehrzahl unserer Autoren, wie Peyer, Klotz, Laidlow, Senator, Meyer, Minkowski und Klemperer nehmen meiner Ansicht nach mit Recht an, daß man unter dem Namen Phosphaturie einzig und allein die Secretion eines Harns zu verstehen hat, in dem, ohne daß eine Steigerung des normalen Phosphorsäuregehalts des Harnes stattfindet, die im Harn vorhandenen Erdphosphate entweder im Momente der Harnentleerung oder einige Zeit nachher aus der Lösung ausfallen. Eine Anzahl anderer Autoren, wie Pfeiffer, Thorndike und von Linstow häuft unter dem Namen Phosphaturie alle diejenigen Zustände zusammen, in denen der Harn eine Phosphormenge enthält, welche die des normalen Harns überschreitet. Murillo scheint unter dem Namen Phosphaturie nur den letzteren Zustand zu verstehen, den bereits Zeissier als Diabetes phosphoricus bezeichnet hat.

Obgleich der Name „Phosphaturie", im Grunde genommen, kein gerade geeigneter ist, und zwar weil in jedem normalen Harn stets Phosphate anzutreffen sind, so empfiehlt es sich doch, diesen Namen, an den man sich gewissermaßen gewöhnt hat, zu behalten, und zwar zur Characterisirung derjenigen Fälle, in denen keine Steigerung der mit dem Harn zur Ausscheidung gelangenden Phosphorsäuremenge, sondern überhaupt eine Verringerung der Acidität des Harns besteht, bei welcher die Erdphosphate ausfallen; dabei braucht es kaum besonders darauf hingewiesen zu werden, daß diese Abnahme der Harnacidität mit derjenigen nicht verwechselt werden darf, welche durch ammoniakalische Zersetzung des Harnstoffes bedingt wird.

Die Bezeichnung Diabetes phosphoricus könnte zur Characterisirung derjenigen Fälle dienen, in denen thatsächlich eine Steigerung der mit dem Harn zur Ausscheidung gelangenden Phosphorsäuremenge beobachtet wird. In diesen Fällen zeigt der Harn saure Reaction, obgleich man in demselben bisweilen einen Niederschlag von Kalkphosphaten findet. Im Allgemeinen erscheint dieser Diabetes als Symptom irgend einer schweren Erkrankung, wobei er neben den übrigen, viel schwereren Erscheinungen gewöhnlich übersehen wird, wie z. B. bei Diabetes mellitus, bei perniciöser Anämie, bei Rachitis, bei Osteomalacie und bei gewissen schweren Erkrankungen des Nervensystems, wie Dementia paralytica, Manie etc. Zeissier hat gleichfalls einige Fälle veröffentlicht, die er mit dem Namen Diabetes phosphoricus bezeichnet und in denen die Kranken unter Erscheinungen von Diabetes mellitus statt Glycose enorme Quantitäten von Phosphor mit dem Harn absonderten. Jedoch zweifelt Loebisch die Existenz einer solchen Erkrankung an und betrachtet sowohl die Phosphaturie, wie auch den Diabetes phosphoricus nicht als selbstständige Krankheitsformen, sondern als Symptome irgend einer Grundkrankheit.

Murillo beschreibt eine Form von Phosphaturie, welche zum Diabetes phosphoricus gerechnet werden muß, weil es sich um eine Beobachtung handelt, die einen an Hyperchlorhydrie leidenden Patienten betrifft, bei dem gleichzeitig mit den gastrischen Krisen im Urin enorme Mengen von Phosphor, in einem Verhältnis von fast sechs per Mille auftraten. Leider giebt Murillo (selbst bezüglich seiner an Hunden angestellten Experimente) weder die Quantität des mit der Nahrung eingeführten, noch die Quantität des mit den Fäces ausgeschiedenen Phosphors an. Ferner nennt er nicht die Methode, welche er zur Feststellung des Phosphors im Harn anwendete. Auch giebt er die 24stündige Harnmenge nicht an. Unter diesen Umständen erscheinen mir die Beobachtungen sowohl wie die Experimente Murillo's als sehr lückenhaft und folglich als bedeutungslos. Andererseits ist es bei der von Murillo abgegebenen Erklärung, nach der die Phosphaturie als eine Folge von Intoxication mit Salzsäure zu betrachten sei, unbegreiflich, warum bei Phosphaturie der Harn nicht sauer ist.

Wenn wir nun annehmen, daß Murillo bei der Bestimmung der Harnacidität einige Fehler unterlaufen sein können und uns zu der Steigerung des Phosphorgehalts im Harn wenden, so müssen wir den Fall Murillo's als eine große Seltenheit betrachten. So hat Laidlow unter den 200 von ihm ausgeführten Harnanalysen nur ein einziges Mal einen Harn mit einem so excessiven Phosphorgehalt gefunden, wobei der Harn saure Reaction und keine Phosphatniederschläge zeigte.

Auch Minkowski sagt in seinem Artikel, daß bei gewissen pathologischen Zuständen, z. B. bei stattfindender großer Zerstörung nucleärer Elemente, eine Steigerung der mit dem Harn zur Ausscheidung gelangenden Phosphormenge auftritt, daß dieselbe aber von so vielen Umständen abhängt, daß man aus der alleinigen Feststellung von Phosphor im Harn keine Consequenzen ziehen kann. Er geht übrigens noch weiter und behauptet, daß von den zahlreichen Phosphor-Bestimmungen im Harn, über welche in der medicinischen Litteratur berichtet wird, die wenigsten den erforderlichen Bedingungen entsprechen, und daß in manchen Mitteilungen, wie z. B. in der von Zeissier, von ungeeigneten Untersuchungsmethoden die Rede ist.

Es ergiebt sich also aus dem oben Gesagten, daß das Zustandekommen der Phosphaturie unbedingt eine Verringerung oder Schwund der Acidität des normalen Harns voraussetzt, dessen Reaction sich bei Lackmusprobe als schwach sauer, neutral oder alcalisch erweist und das Ausfallen der Phosphaterde bedingt. Dieser Schwund der Acidität braucht, wie ich bereits oben hervorgehoben habe, durchaus nicht durch ammoniakalische Zersetzung des Harns bedingt sein.

Der normale Harn verdankt seine Acidität dem monobasischen Natrium- oder Kaliumphosphat, nach Salkowski und Leube auch der Hippursäure und dem harnsauren Natrium. Seit dem Vorschlage Liebig's wird das monobasische Phosphat als Ursache der normalen Acidität des Harns betrachtet, während der Grad der Acidität des normalen Harns gegenwärtig nach der Methode von Freund und Lieblein auf Grund des Verhältnisses zwischen der Phosphat- und Biphosphatmenge des betreffenden Harns bestimmt wird. Damit ein Harn alkalisch wird, ist es erforderlich, daß die Quantität des doppel- oder tribasischen Phosphates gesteigert, dagegen die Quantität des monobasischen Phosphats verringert wird.

Eine Erklärung dafür, warum der normale Harn sauer, während das normale Blut alkalisch ist, giebt Maly auf Grund seiner Diffusionsversuche, wie folgt: Das Blut verdankt seine Alkalescenz der Anwesenheit der neutralen Kohlensäure- und Phosphorsäureverbindungen des Natriums; bei den Verdauungsprocessen bilden sich Säuren, wobei die Salzsäure mit den Peptonen vom Darm absorbirt wird; diese entziehen den Phosphaten einen Teil der Base und machen dieselben sauer. Andererseits spricht die bekannte Thatsache, daß Säuren die Nieren rascher passiren als Basen, auch dafür, daß der Harn sauer sein müsse.

Andererseits machte Runeberg die Beobachtung, daß, wenn der Darmcanal eines Tieres mit verschiedenen Lösungen unter bestimmtem

Druck gefüllt ist, die Säuren viel rascher, als deren Basen die Darmwand durchdringen.

Ferner hat man die Beobachtung gemacht, daß der Harn bei ausschließlicher vegetabilischer Diät, bei der dem Organismus große Quantitäten von Alkalien zugeführt werden, alkalisch wird.

Während der in physiologischer Weise sich abspielenden Magenverdauung steigt die Alkalescenz des Blutes in Folge der im Magen stattfindenden gesteigerten Salzsäuresecretion, und nach üblichen Mahlzeiten wird auch der Harn schwach sauer oder alkalisch; später wird mit den Peptonen Salzsäure absorbirt, so daß der Harn wieder sauer wird. Diese beiden Erscheinungen, die Secretion und die Absorption, entfalten ihre Wirkung fast in gleicher Weise, wenn auch die erstere im Princip vorwiegend in Betracht kommt. (Bence Jones, Görges). Maly führte folgendes Experiment aus: Er legte einem Hunde eine Magenfistel an, ließ den Magensaft permanent nach außen abfließen und führte statt desselben durch die Fistel in den Magen Lösungen von Calciumcarbonat ein. Nach kurzer Zeit zeigte der Harn des Versuchstieres alkalische Reaction. Quincke gelang es, bei seinen Versuchspersonen durch Ausspülung des Magens mit reichlichen Wassermengen den Harn alkalisch zu machen; dieses Resultat stimmt mit der Erfahrung überein, daß der Harn bei Personen, welche an chronischem Erbrechen und Magenerweiterung leiden, alkalisch ist. Von obigen Thatsachen ausgehend, behauptet Bence Jones, daß Hyperchlorhydrie Phosphaturie erzeugt, während Ralf diese letztere auf Störung der Verdauung zurückführt. Minkowski sagt in dieser Richtung Folgendes: Wenn man bei genauer Beobachtung wahrnimmt, daß eine und dieselbe Nahrung bei Personen, welche an Phosphaturie leiden, eine viel stärkere Alcalescenz des Harns erzeugt, als bei gesunden Personen, so muß man untersuchen, ob dieser Aciditätsverlust nicht von einer Steigerung der Acidität in anderen Secretionsflüssigkeiten, namentlich in denen des Magens, begleitet werde. Schließlich giebt Klemperer an, daß bei den von ihm behandelten Kranken die Ursache der Phosphaturie Hyperchlorhydrie nebst motorischer Mageninsufficenz war. Die gesteigerte Secretion von Salzsäure und das Verbleiben der letzteren im Magen sind nach seiner Meinung für den Säuremangel im Harn verantwortlich zu machen, und da die von ihm beobachteten Fälle von Hyperchlorhydrie neurasthenische Patienten betrafen, so betrachtet Klemperer die Phosphaturie als ein Symptom der allgemeinen Nervosität. Durch diese Annahme hinsichtlich des Wesens der Phosphaturie sucht nun Klemperer die Thatsache zu erklären, daß die innerliche Verabreichung von Salzsäure, wie dies von Minkowski und Anderen

bei Phosphaturie empfohlen wird, bei seinen Patienten nicht den geringsten Erfolg hatte, und daß selbst bei der Einführung der Salzsäure per rectum nur vorübergehende Wirkung erzielt wurde. Nimmt man aber mit Klemperer an, daß die primordiale Ursache der Aciditätsverringerung des Harns Hyperchlorhydrie nebst Spasmus des Pylorus ist, so drängt sich einem die Frage auf, warum nicht bei allen an Hyperchlorhydrie mit Magendilatation leidenden Patienten eine Phosphaturie entsteht. Denn der bei diesen Patienten stets vorhandene Ueberschuß an Salzsäure, die längere Zeit im Magen verweilt, ohne absorbirt zu werden, hätte doch einen Säuremangel im Blute und folglich Alkalinität des Harns bewirken müssen, was aber, wie die Erfahrung lehrt, nicht der Fall ist; während man Kranke mit Hyperchlorhydrie und Säureretention im Magen sehr häufig antrifft, ist die Phosphaturie immerhin eine ziemlich seltene Erscheinung. Andererseits leiden, wie wir später sehen werden, durchaus nicht alle mit Phosphaturie behafteten Individuen an Hyperchlorhydrie; auch sind diese Individuen durchaus nicht immer Neurastheniker, wie auch umgekehrt die Neurasthenie durchaus nicht immer zur Phosphaturie führt. Man muß also nach einer anderen Ursache suchen.

Viele Autoren, wie Salkowski, Leube, Heidenhain, Peyer, von Linstow, Ultzmann, Minkowski und andere betrachten die Nieren nicht als einen mechanischen Filter; vielmehr nehmen sie an, daß die Zellen der Glomeruli, der Corpora Malpighii und der Tubuli torti secretorische Activität oder Energie, wie jedes andere Drüsenepithel, besitzen, welche, wie jedes andere Organ des Organismus, unter dem Einflusse des Nervensystems steht. Aus diesem Grunde erscheint es nicht unwahrscheinlich, daß die Nierenzellen ausschließlich unter der Einwirkung eines von Seiten des Nervensystems ausgehenden pathologischen Impulses, ohne daß in demselben irgend eine anatomische oder organische Alteration besteht, abnormen Harn absondern; und wenn auch Sehrwald behauptet, daß die Nieren keine secrotorischen Nerven haben, so sind doch fast alle Autoren der Ansicht, daß die Nieren nicht einzig und allein mechanische Filter sind.

In seiner im Jahre 1889 über Phosphaturie veröffentlichten Arbeit beschreibt Peyer 14 von ihm beobachtete Fälle von Phosphaturie und spricht sich auf Grund der von ihm an diesen Fällen gemachten Erfahrungen über das Wesen der Phosphaturie dahin aus, daß der größte Teil der Phosphaturiefälle durch eine secretorische Neurose der Nieren reflectorischen Ursprungs bewirkt werde, deren Ausgangspunkt in einer anatomischen Läsion des Sexualapparats zu suchen sei, und daß die Phosphaturie in einigen seltenen Fällen sich als ein Symptom der Neurasthenie oder

Hysterie darstelle. Unter den 14 Fällen Peyer's befanden sich 11 mit ausgesprochener Neurasthenie oder mit verschiedenen nervösen Erscheinungen und 3 Fälle ohne jegliche Alteration des Nervensystems. Von den 14 Patienten hatten 8 Gonorrhoe, 2 verschiedene sexuelle Störungen, die durch Onanismus und Pollutionen herbeigeführt waren, während von den übrigen Patienten, bei denen weder Gonorrhoe, noch Onanismus in der Anamnese waren, der eine die Phosphaturie auf einen Bierexceß und die übrigen 3 auf ihre nervöse Constitution zurückführten.

Ultzmann und von Linstow betrachten gleichfalls die Phosphaturie als eine Secretionsneurose der Nieren, während Klotz, Minkowski und Klemperer bei der Ansicht bleiben, daß der Aciditätsmangel häufig bei neurasthenischen Patienten beobachtet wird, welche Gonorrhoe oder sonstige Störungen des Sexualapparates überstanden haben, und daß kein Grund vorliegt, die Phosphaturie als eine Secretionsneurose zu betrachten, weil bei dieser Affection eine Anomalie der specifischen Secretion der Nieren nicht nachgewiesen werden konnte. Sie sind der Meinung, daß die größere Frequenz der Phosphaturie bei neurasthenischen Individuen eventuell darauf zurückgeführt werden könnte, daß die Neurastheniker häufiger untersucht werden, als gesunde Personen. Was Klemperer betrifft, so ist er, wie gesagt, der Meinung, daß die bei Neurasthenikern so häufig vorkommende Hyperchlorhydrie durch die Neurasthenie und motorische Mageninsufficenz in Folge des die Neurasthenie nicht selten begleitenden Spasmus des Pylorus verursacht wird, der langdauernde Retention von großen Säuremengen im Magen bewirkt, so daß in das Blut eine zur Neutralisation der in demselben circulirenden alkalischen Substanzen nicht ausreichende Säuremenge gelangt, das Blut in Folge dessen mehr als sonst alkalisch und dementsprechend auch der Urin alkalisch ist.

Nach Senator kann der Aciditätsmangel verursacht werden: durch Einführung großer Alkalienquantitäten, durch Elimination von großen Salzsäurequantitäten aus dem Magen in Folge Erbrechens oder durch Neurasthenie, besonders bei Excessen in venere und sonstigen Anomalien im Gebiete der Genitalsphäre, wie Onanismus, Pollutionen, sowie schließlich durch heftige psychische Aufregungen mit nachträglicher Depression. Senator hält es für nicht unwahrscheinlich, daß bei allen diesen Momenten sich in der raschen Aenderung der Reaction des Harns der nervöse Einfluß geltend mache.

Vor kurzer Zeit bot sich mir Gelegenheit, drei Fälle von Phosphaturie zu beobachten, deren Krankengeschichten ich an dieser Stelle mitteilen will. Durch genaues Studium dieser drei Fälle bin ich zu der

Ueberzeugung gelangt, daß es eine große Anzahl von an Phosphaturie leidenden Kranken giebt, bei denen eine anatomische Läsion in der Sphäre des Genitalapparates besteht, welche durch reflectorische Wirkung auf die Niere die Phosphaturie verursachte, daß wahrscheinlich die meisten Phosphaturiefälle diesen Ursprung haben. Mit anderen Worten: meine Beobachtungen bestätigen die von Peyer aufgestellte Theorie, daß die Phosphaturie eine Secretionsneurose der Nieren ist

Die von mir beobachteten Fälle sind folgende:

Erster Fall: F. P., ein junger Mann von 28 Jahren, Rechtsanwalt, Junggeselle, ohne hereditäre bezw. erworbene nervöse Belastung. Bis vor fünf Jahren will er stets gesund gewesen sein. Dann acquirirte er eine Gonorrhoe, welche trotz Anwendung verschiedener allerdings älterer Behandlungsmethoden erst in einem Jahre geheilt wurde. Einige Zeit darauf erkrankte der Patient an einer Balanoposthitis und an Schanker. Sonst fühlte er sich bis vor einem Jahre wohl, dann aber, d. h. vier Jahre nach der Gonorrhoeacquisition, bemerkte er eines Tages, daß der Harn trübe wurde und verspürte gleichzeitig Brennen beim Harnlassen, sowie von Zeit zu Zeit Schmerzen in der Nierengegend, die nicht besonders intensiv waren. Der Patient wurde zunächst mit Balsamicis, dann mit Glycerophosphaten und schließlich mit Säuren, namentlich mit Salzsäure, und auch mit Salol behandelt, jedoch ohne Erfolg. Letzterer Umstand bewog den Patienten, sich an mich zu wenden.

Der Patient zeigte ziemlich befriedigenden Allgemeinzustand, keine Symptome von Neurasthenie und kümmerte sich eigentlich um seinen Krankheitszustand wenig; was ihn bewogen hat, ärztliche Hilfe nachzusuchen, war der Umstand, daß er im Begriff war, sich zu verheiraten, und befürchtete einerseits, seine Frau anzustecken, und andererseits, daß sich durch das eheliche Leben sein Krankheitszustand verschlimmern könnte. Der Patient klagte weder über Magenschmerzen, noch über Sodbrennen bezw. Erbrechen, wie überhaupt über keine Symptome, welche auf das Bestehen einer Hyperchlorhydrie hingewiesen hätten. Der Patient lebte einer gemischten Diät, in der jedoch Fleisch, Eier und Fisch über die Vegetabilien prädominirten. Es bestand kein Ausfluß aus der Harnröhre, sowie überhaupt keine anderweitigen Beschwerden, als die von Seiten des Harnes, der sehr häufig trübe war und beim Passiren der Harnröhre Brennen verursachte. Der erste Morgenharn war gewöhnlich durchsichtig, dagegen war die zweite Portion fast stets trübe. An manchen Tagen veränderte sich das Verhalten in der Weise, daß der trübe Harn erst Nachmittags auftrat, um sich nach zwei oder drei Mictionen wieder aufzuklären.

Ich ließ den Patienten zwei oder drei Tage hintereinander des Morgens in meiner Sprechstunde uriniren und fand stets, daß der Harn im Momente der Entleerung neutral, geruchlos und trübe war und beim Stehen in einem Glase am Boden desselben einen weißen gelatineartigen Niederschlag bildete, der bei Zusatz von Essigsäure rasch ohne Gasbildung verschwand. Der Harn blieb

danach durchsichtig, wenn er auch gewöhnlich stets Flocken aufwies. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand ich ausschließlich Erdphosphate ohne Leucocyten und ohne Mikroorganismen. Die Flocken bestanden aus dichten Schleimmassen, welche Leucocyten, einige Epithelzellen mit hellem Kern enthielten, wie auch Diplokokken, welche sich nach Gram nicht entfärbten.

Mit Hilfe der in solchen Fällen üblichen Untersuchungsmethode, d. h. mit Hilfe der Kollmann'schen Methode diagnosticirte ich Urethritis chronica anterior et posterior cum phosphaturia. Dagegen ergab die Sondenuntersuchung, daß keine Strictur vorhanden war.

Ich leitete nun eine Behandlung mit Instillationen mit Arg. nitricum-Lösungen von 1 : 50 ein, welche einen Tag um den anderen gemacht wurden. Nach der dritten Instillation verschwanden die Fäden und die Phosphate aus dem Harn. Nach 15 Tagen bekam der Patient wieder einen Anfall von Phosphaturie, welche diesmal nach der ersten Instillation verschwand. Trotzdem machte ich noch sechs weitere Instillationen, um einem eventuellen neuerlichen Recidiv vorzubeugen. Nach zwei Jahren sah ich den Patienten wieder. Er hatte weder Phosphaturie, noch irgend welche Erscheinungen von Urethritis, trotzdem er bereits ein Jahr verheiratet war.

Zweiter Fall: A. R., ein junger Mann von 22 Jahren, Junggeselle, mit in Bezug auf hereditäre bezw. acquirirte nervöse Belastung freier Anamnese. Vor drei Jahren acquirirte er eine Gonorrhoe, welche sechs Monate bestand. Nachdem sich der Patient zwei Jahre lang vollkommen wohl gefühlt hatte, bemerkte er eines Tages, daß er trüben Harn entleere. Er consultirte einen Arzt, der die Diagnose auf Phosphaturie stellte. Trotz verordneter Fleischdiät, trotz Behandlung mit Kola-Kola, Hypophosphit und Balsamicis besserte sich der Zustand nicht, worauf sich der Patient im August 1897 an mich wandte.

Der Patient bot keine Symptome von Hyperchlorhydrie und auch keine von Neurasthenie. Er klagte über ein constantes, wenn auch leichtes Gefühl von Unbehagen in der Pars perinealis urethrae, zeitweise über Schmerzen in der Nierengegend, sowie über allgemeine Mattigkeit. Diese Symptome pflegten sich besonders stark des Morgens bemerkbar zu machen. Es bestand kein Ausfluß aus der Harnröhre. Die Harnröhre selbst war in der Pars scrotalis etwas empfindlich. Die erste Harnportion war Morgens alkalisch und trübe. Die Trübung verschwand bei Zusatz von Salpetersäure ohne Gasbildung; doch sah man am Boden des Gefäßes leichte und lange Fäden. Die Sondenuntersuchung ergab keine Strictur, wohl aber Empfindlichkeit der Harnröhre. Unter dem Mikroskop sah man amorphe Erdphosphate; die Flocken enthielten Schleim, Eiterkörperchen, aber keine Microbien, und einige Epithelzellen.

Diagnose: Urethritis chronica anterior et posterior cum phosphaturia.

Behandlung: Instillationen von Argentum nitricum-Lösungen. Nach der zweiten Instillation verschwanden die Phosphate aus dem Harn, während

die Flocken noch zurückblieben. Der Patient wünschte, die Instillationen weiter selbst zu machen. Nach fünf Instillationen machte er die Wahrnehmung, daß ihm das Uriniren ein Gefühl von Brennen verursache, daß er häufiger uriniren müsse und daß die Phosphate im Harn wieder aufgetreten seien. Ich verordnete Unterbrechung der Behandlung, welche scheinbar eine Reizung des Blasenhalses verursacht hat. Nach einigen Ruhetagen nahm ich den Patienten wieder in Behandlung, die nunmehr mittels Urethroskops und Kollmann'scher Dilatatoren geschah. Nach der ersten Sitzung verschwand die Phosphaturie und kehrte seitdem nicht mehr wieder.

Dritter Fall: E. M., ein 42jähriger, verheirateter, kinderloser Patient, der zwar hinsichtlich des Nervensystems erblich nicht belastet war, jedoch ab und zu Symptome von Neurasthenie zeigte. Im Alter von 21 Jahren acquirirte er eine Gonorrhoe, welche nicht ganz ausheilte, denn es blieb für längere Zeit Ausfluß aus der Harnröhre bestehen. Vor sechs Jahren stellte sich beim Patienten Brennen in der Harnröhre beim Uriniren ein und der Harn wurde trübe. Die Krankheit leitete sich mit Schüttelfrösten, Fieber, allgemeiner Zerschlagenheit, Schmerzen in den Nieren und in den Gliedern ein; hierauf kam zum ersten Mal trüber Harn, wobei die Trübung an Frequenz und Intensität immerfort zunahm, ebenso wie das Gefühl von Brennen in der Harnröhre im Moment der Harnentleerung. Patient machte die Wahrnehmung, daß die Trübung des Harns nach längerem Gehen, sowie nach den Mahlzeiten zunimmt. Ueber häufigen Harndrang klagte der Patient nicht, auch hatte er niemals Blut im Harn, wohl aber litt er an habitueller Verstopfung und berichtete außerdem, daß bei ihm während der Defäcation aus der Harnröhre ohne Schmerzen sich ein dichter, weißer Tropfen entleere.

Der Patient consultirte in Madrid einen Specialisten, der seine Erkrankung als Cystitis deutete und Ausspülungen der Harnblase mit Argentum nitricum-Lösungen verordnete. Der Kranke gebrauchte diese Behandlung vier Jahre hinter einander, ohne sich Erleichterung verschafft zu haben. Im Gegenteil, es trat Entzündung des Nebenhodens hinzu. Er hörte in Folge dessen mit den Blasenspülungen, welche den Harn nicht klar zu machen vermochten, auf und wandte sich an mich am 17. October 1899.

Der Kranke zeigt einige Symptome von Neurasthenie, aber keine, welche auf Hyperchlorhydrie hingewiesen hätten. In Anbetracht dieses Umstandes, sowie der bestehenden habituellen Verstopfung schlug ich dem Patienten vor, keine ausschließlich animalische Nahrung zu sich zu nehmen, sondern dieselbe mit vegetabilischer Nahrung abzuwechseln.

Des Morgens hatte der Patient stets am Orficium einen Tropfen, in dem die mikroskopische Untersuchung verschiedene Microbien (jedoch keine Gonokokken) und zugleich Epithelzellen ergab, die nach der Picro-Karminmethode sich gut färben ließen. Durch Ausspülung der Pars anterior urethrae werden zahlreiche kleine Fäden zu Tage gefördert, welche einige Eiterkörperchen, eine große Quantität flacher oder polygonaler Epithelzellen ent-

hielten. Diese letzteren hatten fast sämtlich einen Kern und verschiedene Microbien, jedoch keine Gonokokken.

Im Moment der Harnentleerung fühlte der Patient Brennen in der gesamten Harnröhre, besonders aber in der Pars cavernosa. Der Harn war stets trübe, besonders aber nach Mahlzeiten. Beim Stehen in einem Glase bildet der Harn einen sehr starken Niederschlag; seine Reaction war alkalisch. Der Niederschlag verschwand bei Säurezusatz vollständig unter Gasbildung und der Harn blieb durchsichtig. Wurde der Harn erwärmt, so nahm die Trübung zu. Unter dem Mikroskop sah man Phosphatcrystalle, Ammoniak-Magnesiumcrystalle in Form von Sargdeckeln oder dreiwinkeligen Prismen, ferner runde Calciumcarbonatkörperchen in großer Anzahl und amorphe Erdphosphate.

Der Urin enthielt weder Microorganismen, noch Leucocyten, was die Angaben von Salkowski, Leube und Peyer bestätigt, im Gegensatz zu den Angaben von Vogel und Ultzmann, d. h., daß normaler Harn Ammoniak enthält und daß es zur Bildung von Phosphat- und Ammoniak-Magnesiumcrystallen durchaus nicht nötig ist, daß eine ammoniakalische Zersetzung des Harnstoffs stattfinde. Bei den wiederholten, an verschiedenen Tagen und zu verschiedenen Stunden des Tages vorgenommenen Untersuchungen fand ich sehr häufig im Harn Phosphate und Carbonate, aber niemals Eiterkörperchen oder Microorganismen.

Mittels Sonde No. 25 constatirte ich Rigidität und starke Herabsetzung der Elasticität fast in der gesamten Ausdehnung der Pars cavernosa urethrae, besonders in der Pars scrotalis, wobei die Untersuchung jedoch keine Schmerzen verursachte. In der Pars posterior urethrae fand ich ziemlich starke Sensibilität im Prostatateil derselben; von Seiten der Harnblase lag nichts Abnormes vor.

Bei der Untersuchung mit dem Urethroskop No. 26 Charrière fand ich die Schleimhaut der Pars anterior urethrae besonders an der unteren Wand sehr blaß, fast weiß. An dieser Wand waren auf der Höhe der Pars scrotalis zwei kleine rötliche Plaques zu sehen, welche leicht bluteten und schmerzhaft waren; am Ende des Scrotalteiles der Urethra bestand eine weitere ähnliche, gleichfalls blutende Plaque; die Pars prostatica urethrae zeigte starke Injection der Gefäße.

Die Untersuchung per rectum ergab geringe Sensibilität der Prostata, jedoch keine Vergrößerung ihres Umfangs; Prostatasaft vermochte ich nicht zu erhalten. Der Patient gab an, im After Brennen zu fühlen, besonders dann, wenn er stark trüben Urin entleert.

Diagnose: Urethritis anterior chron. Congestion der Urethra posterior, besonders der Schleimhaut der Pars prostatica urethrae. Phosphaturie und Carbonaturie.

Behandlung: Forcirte Dilatation mittels Kollmann'scher Dilatatoren, bis die Harnröhre für den Dilatator No. 33 durchgängig wird; locale Applicationen von Arg. nitricum auf die bezeichneten Plaques mit Hilfe des Urethroscops; hierauf Instillationen mit Arg. nitricum-Lösungen in die Pars

posterior urethrae und schließlich Ausspülungen mit Sublimatlösung. Unter dieser Behandlung verschwanden innerhalb acht Tagen die Phosphaturie wie auch die Schmerzen.

Die Pars anterior urethrae war genügend erweitert und verlor ihre frühere blasse Farbe. Leider kehrte der Patient vor Abschluß der Behandlung in seine Heimat wieder zurück. Ich gab ihm den Rat mit auf den Weg, in die Pars posterior urethrae adstringirende Instillationen zu machen. Nach 20 Tagen teilte mir der Patient mit, daß sich plötzlich bei ihm reichlicher Harndrang eingestellt habe, daß er alle drei Stunden uriniren und daß er bei jedesmaligem Harndrang demselben sofort nachgeben müsse, weil er den Harn nicht einmal für einige Augenblicke zurückzuhalten vermöge. Er berichtete ferner, daß er an Hodenschmerzen leide und daß er bei besonderer Steigerung derselben trüben Harn entleere. Eines Tages habe er, als ihm eine Ausspülung der Pars anterior urethrae mit Sublimatlösung von 1:10000 gemacht wurde, nach 10 Minuten ein starkes Brennen in der gesamten Harnröhre unter gleichzeitigem heftigem Harndrang verspürt; er habe aber nur einige Tropfen fast klaren Urins entleeren können und dabei heftiges Brennen in der Harnröhre gefühlt. Solche Anfälle von Harndrang haben sich nun 2—3 Stunden lang jede Minute in derselben Weise wiederholt. Schließlich teilte er mit, daß der Anus entzündet und äußerst schmerzhaft sei. Da der Patient meinen Verordnungen nicht gefolgt war und namentlich die Ausführung der verordneten Instillationen unterlassen hatte, veranlaßte ich denselben, doch nunmehr mit den Instillationen zu beginnen. Nach einiger Zeit teilte der Patient mir mit, daß die Phosphaturie verschwunden sei, daß er zwar noch an Schmerzen in den Testikeln leide, daß er sich aber nunmehr viel wohler fühle.

Sowohl in meinen Fällen, wie auch in den von Peyer beobachteten konnte also von Hyperchlorhydrie als Ursache der Phosphaturie nicht die Rede sein, weil eine solche in keinem der von mir geschilderten Fälle bestand, während das zahlreiche Beobachtungsmaterial Peyer's nur zwei oder drei Fälle aufweist, in denen eine Magenaffection neurasthenischen Ursprungs vorlag. Desgleichen habe ich in keinem meiner Fälle die Wahrnehmung machen können, daß die Reaction des Harns durch die Nahrung beeinflußt werde: bei meinen sämtlichen Kranken blieb die Phosphaturie bei jeder Nahrung immerfort bestehen. Alcalien, wie überhaupt irgend welche Medicamente, haben meine Patienten vom Moment der Uebernahme der Behandlung meinerseits nicht bekommen.

Dabei machte ich die Erfahrung, daß sowohl die Phosphaturie, wie auch sämtliche krankhaften Erscheinungen auf locale Behandlung zurückgingen, um aber bei nicht genügend lange durchgeführter Behandlung wieder aufzutreten. Auf der anderen Seite habe ich früher festgestellt, daß Neurasthenie an und für sich keine Phosphaturie hervorruft. In der That habe ich unter sämtlichen mit sexueller

Neurasthenie behafteten Individuen, die wegen Unbehagens bezw. Schmerzen in der Genitalsphäre mich consultirt haben und von denen mir 34 interessante Krankengeschichten zur Verfügung stehen, nur in einem einzigen Falle Phosphaturie gefunden, und in diesem Falle, der sub No. 3 beschrieben ist, war die Neurasthenie eine dermaßen leichte, daß von neurasthenischen Symptomen eigentlich kaum etwas zu sehen war: es bestanden nur geringe Steigerung des Kniescheibenreflexes, habituelle Verstopfung und spastische Contraction des Schließmuskels der Harnröhre: letztere stellte sich bei jedesmaligem Harnlassen ein und hatte zur Folge, daß bei der Beendigung der Miction die letzten Harntropfen in der Harnröhre zurückgehalten wurden und erst nach 5 oder 6 Minuten spontan abgingen, die Kleider benetzend; um diesem unangenehmen Vorgang vorzubeugen und um die zurückbleibenden Harntropfen aus der Harnröhre herauszupressen, comprimirte der Kranke nach jeder Miction das Perineum mit der Hand.

Von diesem letzteren Symptom nehme ich mit Ultzmann und Grosglik an, daß dasselbe durch eine spastische Contraction des Schließmuskels der Harnröhre und nicht, wie Peyer annimmt, durch contractile Debilität der Muskulatur der Urethra posterior bedingt wird, weil ich diese Erscheinung mehrere Male bei nervösen Patienten beobachtet habe, bei denen bei der Untersuchung mittels Sonde die Passage durch die Urethra posterior fast stets in hohem Maße erschwert war. Was mich betrifft, so betrachte ich diese Erscheinung ausschließlich als ein Symptom der sexuellen Neurasthenie.

Ferner habe ich in zwei Fällen eine vorübergehende Trübung des Harns durch Phosphate nach der Mahlzeit eintreten sehen, ohne daß die betreffenden Patienten, die Neurastheniker waren, später jemals über Trübung des Harns geklagt hätten. Bei den übrigen hochgradigen Neurasthenikern, die mich wegen Erscheinungen von Harnröhrenstrictur und chronischer Gonorrhoe, wegen Störungen der Function des Genitalapparates etc. consultirt hatten und deren Neurasthenie hereditären Ursprungs war, fand ich kein einziges Mal Phosphaturie. Ich nehme in Folge dessen an, daß die Neurasthenie, sowohl die erworbene wie auch die hereditäre, an und für sich im Allgemeinen Phosphaturie nicht herbeiführt: vielmehr ist es für das Zustandekommen der letzteren fast stets erforderlich, daß in irgend einem Punkte des Uro-Genitalapparats eine pathologische Alteration bestände, von der aus eine reflectorische Wirkung ausginge.

Welcher Art ist denn nun diese pathologische Alteration?

Diese Frage bildet auch nach meiner Meinung den dunkelsten

Punkt im Wesen der in Rede stehenden Erkrankung. Ich zweifle nicht daran, daß die Phosphaturie auch bei solchen Neurasthenikern auftritt, bei denen eine Affection im Gebiete des Urogenitalappararats nicht nachgewiesen werden kann, das heißt, bei denen weder Gonorrhoe, noch Onanismus, noch Excesse in venere eruirt werden können; denn es giebt Autoren, welche ähnliche Fälle beschrieben haben, wenn auch ich selbst solche nicht beobachtete.

Andereits steht es, worauf ich ja oben bereits hingewiesen habe, fest, daß ein großer, ja der größte Teil der mit sexueller Neurasthenie behafteten Kranken, selbst bei Bestehen von durch Onanismus sexuelle Excesse oder Gonorrhoe bedingten, chronischen Affectionen des Genitalapparats keine Phosphate im Harne aufweist, und umgekehrt giebt es Personen, bei denen, wie es in den von mir sub 1 und 2 beschriebenen Fällen, sowie in den drei von Peyer beobachteten Fällen der Fall ist, im alkalischen Harn Phosphate unabhängig von der Nahrung und von den Stunden der Magenverdauung auftreten, trotzdem sie keine Neurastheniker waren. Bei diesen Personen habe ich, ebenso wie in dem sub No. 3 beschriebenen Falle, beobachten können, daß die Phosphate mit dem Moment der Einleitung der Behandlung der localen Affection aus dem Harn verschwinden, und das ist für mich ein Beweis, daß die urethrale Affection bei den an Phosphaturie leidenden Personen einen Character hat, der sich gegenwärtig unserer Beobachtung entzieht, oder daß es einer anderen Ursache bedarf, um eine reflectorische Wirkung auf die Nieren auszuüben.

Die Diagnose der Phosphaturie wird auf Grund einer Untersuchung mit Essigsäure gestellt. Im Moment der Harnentleerung wird man sich in der bekannten Weise zu überzeugen haben, ob die Trübung des Harns durch Zusatz von Essigsäure ganz verschwindet (Phosphate), ob es dabei zu Gasbildung kommt (Carbonate) und ob sich ein Niederschlag bildet; in diesem letzteren Falle würde man eine mikroskopische Untersuchung machen müssen. Diese würde nun im Falle einer bestehenden Cystitis oder Pyelitis Leucocyten oder Mikroorganismen ergeben, und der Harn würde im Falle einer alkalischen Reaction ammoniakalischen Geruch aufweisen. Bei Mictionsspermatorrhoe würde das Mikroskop Epithelzellen und Spermatozoen zu Tage fördern und schließlich bei Phosphaturie Phosphat- oder Carbonatcrystalle. Bei Phosphaturie muß der Harn geruchlos sein, keinen Eiter enthalten, sondern nur Flocken am Boden des Gefäßes, nachdem der Harn durch Zusatz von Säure geklärt wurde. Bei Phosphaturie muß die Harntrübung bei Erhitzung des Harns zunehmen, im Gegensatz zum Verhalten der Urate.

Die Krankheitserscheinungen, welche bei der Phosphaturie bestehen, sowie die Trübung des Harns lassen leicht an Spermatorrhoe oder an Cystitis denken, wie es sich in dem sub 3 beschriebenen und von einem Specialisten behandelten Falle auch thatsächlich ereignete. Man muß in Folge dessen die Untersuchung des Harns, namentlich die mikroskopische, mit besonderer Sorgfalt ausführen; in Ermangelung eines Mikroskops muß man mit Hilfe chemischer Reagentien die wahre Natur des Leidens festzustellen suchen. Bestehen gleichzeitig Phosphaturie und Spermatorrhoe, so würde es ohne mikroskopische Untersuchung schwer fallen, festzustellen, ob es sich um eine Spermatorrhoe oder Cystitis handelt. Ist die Phosphaturie erkannt worden, so muß man danach forschen, ob nicht eine Urethritis bestehe, und im positiven Falle deren Localisation festzustellen suchen.

Da ich also auf dem Standpunkte stehe, daß die Ursache der Phosphaturie eine locale ist und im Gebiete des Uro-Genitalapparates liegt, bin ich der Meinung, daß die Behandlung der Phosphaturie in erster Linie auf die Bekämpfung dieser localen Ursache gerichtet werden muß. Man erreicht durch die Behandlung nichts, wenn man sich darauf beschränkt, die Kranken nach der Angabe von Pfeiffer, Minkowski und anderer Autoren einer bestimmten Diät zu unterwerfen bezw. denselben den innerlichen Gebrauch von Säuren zu verordnen, und in diesem Punkte stimme ich mit Klemperer überein. Die Phosphaturie muß local behandelt werden, und zwar entweder durch forcirte Dilatation nach Oberländer mit Hilfe des Kollmannschen vierarmigen Dilatators und mit einer nach fünf oder sechs Tagen vorzunehmenden caustischen Ausspülung mit Arg. nitricum-Lösungen von 1:2000, oder mit Instillationen, namentlich an die Pars posterior urethrae. Allerdings ist es sehr wichtig, auch die etwa bestehende Neurasthenie zu bekämpfen (nach der Methode von Weir-Mitchell) durch Ausschließung des Biergenusses, sowie des Genusses von pikanten Substanzen, welche die Harnschleimhaut reizen, wie z. B. Mostrich, alkoholische Getränke und Kaffee. Peyer beschreibt zwei Fälle, in denen jedesmal nach Genuß von Bier und gesalzenem Fleisch im Harn Phosphate auftraten. Man muß nach Möglichkeit einen diagnostischen Fehler zu vermeiden suchen, weil die Phosphaturie, falls man bei irrtümlich diagnosticirter Cystitis Ausspülungen der Harnblase anwendet, zunimmt, statt zu verschwinden. Desgleichen kommt es häufig vor, daß an Phosphaturie leidende Personen von ihren Hausärzten (Nichtspecialisten) in Etablissements mit alkalischen Mineralwässern geschickt, oder überhaupt mit Alkalien bezw. mit Glycerophosphaten behandelt werden. Eine derartige Behandlung birgt nun große Gefahr in sich,

weil sie die Entstehung von Phosphat- oder Calciumcarbonatsteinen begünstigt.

Die locale Behandlung muß längere Zeit hindurch angewendet werden, denn die bestehende Affection, so leicht sie auch sein mag, kann so hartnäckig sein, daß sie bei nicht genügend energisch durchgeführter Behandlung große Neigung zu Recidiven zeigt, und mit ihr kehrt auch die Phosphaturie zurück.

Das Urotropin habe ich in den von mir beobachteten Fällen nicht zur Anwendung gebracht, trotz der guten Erfolge, die diesem Mittel vom Privatdocenten L. Casper nachgerühmt werden; das Urotropin scheint mir nämlich nicht immer sicher zu wirken, wenn auch Casper behauptet, daß er mit Hilfe des Urotropins die Phosphaturie in einigen Fällen zum Verschwinden bringen konnte. Dieses Mittel ist auch von Nicolaier zur Behandlung der Phosphaturie empfohlen worden, obgleich er die von Levisson und von mir gemachte Beobachtung bestätigt fand, daß sich in einem mit Urotropin versetzten und bei einer Temperatur von 37° aufbewahrten Harn neutrale Kalkphosphate niederschlagen. Ein endgiltiges Urteil über die therapeutische Bedeutung des Urotropins bei Behandlung der Phosphaturie erlaube ich mir jedoch nicht, da meine diesbezüglichen Erfahrungen gering sind.

Litteratur.

1. E. Salkowski und W. Leube: Die Lehre vom Harn, 1882.
2. A. Peyer: Die Phosphaturie. Sammlung klin. Vorträge 1889, S. 336.
3. Prof. R. Ultzmann: Vorlesungen über Krankheiten der Harnorgane, 1888.
4. von Linstow: Phosphaturie. Klin. Handbuch der Harn- und Sexualorgane 1896.
5. Paul Thorndike: Notes on Phosphaturie. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1894.
6. Robin: Ueber Phosphato-Albuminurie. Monatshefte für pract. Dermatologie 1895, Bd. I.
7. Prof. H. Senator: Die Erkrankungen der Niere. Specielle Pathologie und Therapie von Prof. Nothnagel 1895.
8. H. Klotz: Ueber Phosphaturie. Monatshefte für pract. Dermatologie 1895, Bd. II.
9. Dr. C. Mayer: Die Semiologie des Harns. Handbuch der Harn- und Sexualorgane 1894.
10. E. Pfeiffer: Fosfaturia. Tratado de Therapeutica de Penzold y Stintzing 1896.
11. C. Posner: Diagnostik der Harnkrankheiten 1894.
12. Hausmann: Die Säureausfuhr im menschlichen Harn. Zeitschrift für klinische Medicin 1896, Bd. XXX, Heft 3–4.

13. F. Laidlow: The Meaning of the word Phosphaturie. Monatsberichte für die Gesamtl. auf dem Gebiete der Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1898, Bd. III.
14. O. Minkowski: Ueber Phosphaturie. Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik 1899, Bd. II.
15. Prof. Klemperer: Zur Behandlung der Phosphaturie. Die Therapie der Gegenwart 1899, Heft 8.
16. E. Sehrwald: Specielle Neurophysiologie der Niere. Klin. Handbuch der Harn- und Sexualorgane 1894.
17. Prof. Nicolaier: Ueber Urotropin. Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. 38, Heft 4—5—6.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Dr. Berthold Goldberg (Wildungen b. Köln): **Die Grundsätze der Behandlung der Urogenitalneurasthenie.** (Therapie der Gegenwart 1900, Heft 10.)

Goldberg unterscheidet hinsichtlich der Behandlung drei Gruppen von Urogenitalneurasthenikern. Zur ersten Gruppe rechnet er diejenigen, welche neben der Neurasthenie eine nicht zu unterschätzende anatomische Erkrankung der Harnwege aufweisen. Hier ist natürlich das anatomische Leiden: die Gonorrhoe, die Strictur, die Prostatahypertrophie etc. in Behandlung zu nehmen, mit der Vorsicht, daß energische, langdauernde und Abortivkuren möglichst zu meiden sind. Zur zweiten Gruppe der Uroneurosen rechnet Goldberg diejenigen, wo neben der Neurasthenie die anatomische Erkrankung ganz geringfügig ist; wo also nicht mehr infectiöse Tripperfäden, geringe Prostatitis, unbedeutende Harnröhreninfiltrate etc. bestehen. Nach des Autors Meinung besteht hier nur in den wenigsten Fällen ein Causalnexus zwischen anatomischem Erkrankungsrest und der Neurasthenie, und hat daher eine örtliche Behandlung des Leidens meistens nur eine Verschlimmerung der Neurasthenie zur Folge. Verf. empfiehlt deshalb von einer localen Behandlung überhaupt Abstand zu nehmen:

1. Sofern die Absonderung nicht mehr rein leucocytös, nicht mehr infectiös, an Menge minimal sei.

2. Sofern eine Retention in den Drüsen nicht statthabe.

3. Sofern etwaige Infiltrate bis Charrière 30 sich haben dehnen lassen und dann stationär bleiben.

Zur dritten Gruppe gehören dann die rein functionellen Uroneurosen. Hier wird man mit reiner Allgemeinbehandlung selten ausreichen, sondern letztere mit einer suggestiv-localen Behandlung verbinden müssen; letztere hat aber aseptisch, kurzdauernd und wenig schmerzhaft zu sein: je nachdem sind Heißwasserirrigatoren, kurze kalte Sitzbäder, rectoperineale Faradisation etc. in Anwendung zu bringen. Loeb (Köln, früher Berlin).

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Michaelis: **Nachweis der β-Oxybuttersäure im Harn.** (Berl. klinische Wochenschrift 1900, No. 23.)

Beim Diabetes und bei den Inanitionszuständen hat das Auftreten von Aceton und Acetessigsäure im Harn eine große theoretische und prognostische Bedeutung. Von nicht minderer Bedeutung ist aber das Auftreten der β-Oxybuttersäure im Harn. Leider ist aber der Nachweis der letzteren bisher sehr schwierig, und die bisherigen Methoden sind recht unempfindlich. Vortragender beschreibt nun eine Methode, die zum Nachweis der β-Oxybuttersäure im Harn dienen soll und die jetzt üblichen an Einfachheit und Empfindlichkeit übertrifft. Das Princip seiner Methode ist, das Aceton und die Acetessigsäure aus dem Harn abzudestilliren, die zurückgebliebene β-Oxybuttersäure zu Acetessigsäure zu oxydiren und diese im Destillat als Aceton nachzuweisen. M. verfährt folgendermaßen: 100—200 ccm Harn werden zunächst so weit abdestillirt, bis sich im Destillat durch die Lieben'sche Reaction kein Aceton mehr nachweisen läßt. Der Rest wird event. weiter bis auf ein Volum von 15 ccm abdestillirt, nach dem Erkalten mit 10 ccm concentrirter Schwefelsäure versetzt und nun nochmals destillirt. Der erste Teil des Destillats wird auf Aceton geprüft. Hierzu ist aber die Lieben'sche Reaction ganz ungeeignet; weshalb, würde zu weit führen, hier auseinanderzusetzen. Dagegen ist die von Denigès gefundene Reaction von Quecksilberoxydsulfat gegen Aceton in der Hitze, welche Oppenheimer für den Nachweis des Acetons im Harn direct benutzt, für diesen Zweck äußerst brauchbar. Die Resultate, welche Vortr. bisher mit dieser Methode hatte, sind folgende: Normaler Harn ergab bei Verarbeitung von 100, 150 und 200 ccm keine β-Oxybuttersäure. Bei einem Fall von Inanitionsacetonurie (narbige Magenstenose) mit reichlicher Acetessigsäure im Harn erhielt M. nach den bisherigen und nach seiner Methode übereinstimmend β-Oxybutter-

säure. Zwei Phthisen, ein Magencarcinom, ein Diabetes, eine Magendarmaffection von nicht genau festzustellender Aetiologie, welche geringe Mengen von Aceton und Spuren Acetessigsäure im Harn ausschieden, ließen nach den bisherigen Methoden keine β-Oxybuttersäure erkennen, wohl aber nach der geschilderten Reaction. Lubowski.

Gilbert et Emile Weil: **De l'indicanurie comme symptome isolé de l'insuffisance hépatique.** (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la société de biologie, X. série, Tome VI, No. 6. Ref. nach Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, Heft 2.)

Bei Störungen der Darmfunction, welche als Diarrhoe bezw. Obstipation zum Ausdruck kommen, tritt häufig im Harn als einziger abnormer Bestandteil Indican auf. In solchen Fällen erklärt man die Indicanurie gewöhnlich durch Ueberproduction von Indol, welche man mit den im Darm sich abspielenden pathologischen Gährungsprocessen in Zusammenhang brachte; die Leber zog man bei dieser Erklärung nicht in Erwägung. Demgegenüber beschreiben die Verff. einen Fall, der die Rolle der Leber bei der Entstehung der Indicanurie deutlich documentirt. Der Fall betrifft einen 38jähr. Patienten mit subacut verlaufender Lungenschwindsucht und mit in Bezug auf die Verdauungsorgane vollkommen normalen Verhältnissen. Bei diesem Patienten war nun die Leber vergrößert: sie ragte vier Fingerbreiten über dem Rippenrand hervor. Der Harn enthielt weder Urobilin noch Zucker. Die Menge des Harnstoffes war normal: jedoch enthielt der Harn Indican. Die Indicanurie bestand zehn Tage. Der Patient erhielt zwei Tage hintereinander je 12,0 Leberextract, worauf die Indicanurie verschwand, um jedoch nach Aussetzen der Organotherapie wieder aufzutreten. Der Patient starb plötzlich, und die Section ergab vergrößerte, fettig degenerirte Leber bei vollständiger Abwesenheit von irgend welchen Affectionen der übrigen Verdauungsorgane.

Aus vorstehendem Falle ziehen die Verff. folgende Schlüsse:

1. Bei chronischer Tuberculose beobachtet man Vergrößerung und fettige Degeneration der Leber, welche ausschließlich von Indicanurie ohne jegliche Darmaffection begleitet wird.

2. Die Indicanurie kann bisweilen als Symptom von Leberinsufficienz dienen. Wenn sie auch häufig in Combination mit anderen Symptomen auftritt, so kann sie auch vollkommen isolirt auftreten, und zwar sogar als eines der frühen Symptome der Leberinsufficienz. Lubowski.

Sachs: **Bedeutung der Leber für die Verwertung der verschiedenen Zuckerarten im Organismus.** (Zeitschrift für klin. Medicin 1900, Bd. 38, Heft 2/3.)

Sachs hat auf dem Wege des Experiments und der klinischen Beobachtung die Bedeutung der Leber für die Verwertung der verschiedenen Zuckerarten im Organismus festzustellen gesucht. Er gelangte dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Die verschiedenen Zuckerarten werden vom Frosch in folgender Reihenfolge assimilirt: am besten Dextrose, dann Lävulose, Galactose, Arabinose. Die Toleranz ist bei Winter- und Sommerfröschen nicht merklich verschieden.

2. Die Toleranz des Froschorganismus gegenüber der Dextrose und Galactose zeigt eine deutliche Abhängigkeit vom Körpergewicht; bei Lävulose ist diese Abhängigkeit nicht so deutlich; dagegen läßt sich zeigen, daß die Toleranz des Frosches gegenüber der Lävulose bis zu einem gewissen Grade von der Größe und Beschaffenheit der Leber abhängt.

3. Die Leberexstirpation bewirkt beim Frosch keine Herabsetzung der Toleranz bei Zufuhr von Dextrose, Galactose und Arabinose. Dagegen setzt sie die Toleranz für Lävulose entschieden herab.

4. Bei gleichzeitiger Injection solcher Mengen von Dextrose und Lävulose, welche sich unterhalb der Assimilationsgrenze befinden, wird von normalen Fröschen Dextrose, von entleberten Fröschen Lävulose ausgeschieden.

5. Bei Injection von Mischungen von Dextrose und Lävulose mit Galactose, von denen jeder Mischungsbestandteil sich hart an oder hart unterhalb der für ihn vorhandenen Assimilationsgrenze befindet, wird Galactose ausgeschieden.

6. Bei leberkranken Menschen zeigt sich sehr häufig eine Verminderung der Toleranz gegenüber der Lävulose, d. h. es tritt nach Darreichung von 100 g Lävulose per os sehr häufig alimentäre Lävulosurie auf.

7. Aus dieser Erfahrung, sowie aus mehreren anderen Beobachtungen am Menschen ergiebt es sich, daß der Rohrzucker, welcher im Darmcanal in eine physikalische Mischung von Dextrose und Lävulose verwandelt wird, zu Untersuchungen auf alimentäre Glycosurie wenig geeignet ist.

Diese Versuchsergebnisse geben zu zwei wichtigen Fragen Anlaß:

1. Wie fängt es der leberlose oder leberkranke Organismus an, um die für den Zuckerstoffwechsel doch anerkanntermaßen hochbedeutsame Arbeit zu ersetzen, welche die Leber in Form von Glykogenprägung leistet?

2. Warum ist gerade die Assimilation der Lävulose im leberlosen Organismus herabgesetzt, während andere Zuckerarten vom leberlosen, wie vom leberhaltigen Tier gut vertragen werden?

Die Beantwortung der ersten Frage, die schon von vielen Autoren gestellt worden ist, ist bis jetzt keineswegs eine einheitliche. Es liegt von vornherein nahe, anzunehmen, daß die Muskeln und die übrigen mit der Fähigkeit der Glykogenprägung ausgestatteten Organe des Körpers bei Ausfall der Leberfunction compensatorisch das Deficit von Arbeitsleistung übernehmen. Mit dieser Frage hängt auf's Engste die weitere Frage zusammen, ob der Muskel überhaupt im Stande ist, selbständig Glykogen zu bilden, oder ob das in den Muskeln enthaltene Glykogen lediglich von der Leber aus dahin transportirt worden ist. Wenn der Versuch bei leberlosen Tieren nach reichlicher Zuckerzufuhr eine Zunahme von Muskelglykogen aufwiese, so wäre damit die Frage entschieden. Der Ausfall der Experimente ist aber keineswegs derart, daß damit bis jetzt die Frage entschieden wäre. Bis zu

einem gewissen Grade kommt die mangelnde Uebereinstimmung der Versuchsergebnisse der Autoren vielleicht auch daher, daß der Versuchsplan bei den einzelnen Untersuchern nicht immer ein gleichartiger war. Verf. ist zur Zeit gerade damit beschäftigt, diese Frage auf experimentellem Wege in Angriff zu nehmen. Vorläufig teilt er nur eine Reihe aus seinen diesbezüglichen Untersuchungen mit, die er an Fröschen angestellt hat. Aus diesen Versuchen ergab sich mit Sicherheit, daß Muskeln des leberlosen Frosches nach subcutaner Zufuhr von Traubenzucker glykogenreicher sind. Indessen entspricht die Glykogeneinnahme im Froschmuskel durchaus nicht derjenigen Menge von Glykogen, welche sich in der Leber des Frosches hätte finden lassen müssen, wenn die Leber exstirpirt worden wäre. Die Frage, ob der Muskel überhaupt im Stande ist, selbständig Glykogen zu bilden, erscheint also noch nicht spruchreif. Jedenfalls liegt Grund vor zu der Annahme, daß im Organismus Vorrichtungen vorhanden sind, welche bei Insufficienz der Leber und Ueberladung des Organismus mit Dextrose vicariirend für die glykogenbildende Function der Leber eintreten können.

Nach dem, was die Untersuchungen über die Bedeutung der Leber für die Toleranz des Organismus gegenüber der Lävulose gezeigt haben, scheinen bei der Ueberflutung des Organismus mit Lävulose ähnliche für die Thätigkeit der Leber vicariirend eintretende Vorrichtungen in geringerem Grade vorhanden zu sein, als es bei Zufuhr von Dextrose der Fall ist. Mit anderen Worten, die Bedeutung der Leber für die Verarbeitung der Lävulose im Organismus scheint eine größere zu sein, als diejenige für die Dextrose. Das verschiedene Verhalten der Dextrose und der Lävulose ist nicht ohne Analogon, weil die Dextrose und die Lävulose bekanntlich sich in ihrem Verhalten zum Organismus auch bei Wegfall der Pankreasfunction unterscheiden. Hypothetisch kann sogar angenommen werden, daß der Organismus bei Ausfall der Leberfunction der Lävulose gegenüber in keiner Weise über vicariirende Kräfte in der Glykogenbildung verfügt, und wenn nach der Exstirpation der Leber doch noch eine geringe Menge Lävulose vertragen wird, ohne daß es zur Lävulosurie kommt, so kann man es damit erklären, daß ein Teil der Lävulose noch immer zur Befriedigung des Zuckerhungers des Organismus verwendet und verbrannt werden kann, ohne daß er seinen Weg über das Glykogen nimmt. Vielleicht ist auch die Fähigkeit der directen Verbrennung der Lävulose bei Ausfall der Leberfunction vicariirend gesteigert.

Auch für die Betrachtung gewisser principieller, den Diabetes mellitus betreffenden Fragen scheinen die Untersuchungen des Verf.'s von einem gewissen theoretischen Interesse. An Leberkranken und an Fröschen welchen die Leber exstirpirt war, fand sich für Lävulose eine schlechtere Toleranz, als für die anderen Kohlehydrate, wie Dextrose, Galactose und Arabinose; beim Diabetes wird die Lävulose aber gerade als ein gut verbrennbarer Zucker gerühmt. Dieses Verhalten liefert einen ferneren Beweis dafür, daß Diejenigen Recht haben, welche bei der Betrachtung des Wesens des Diabetes sich immer mehr von der Leber zurückziehen. Lubowski.

Dr. J. Meyer (Frankfurt a. M.): **Ueber Lohnstein's Präcisions-Saccharometer.** (Münchener medic. Wochenschr. 1900, No. 36.)

Meyer hat die Resultate des sehr teuren Polarisations-Schatten-Apparates mit denen des wesentlich billigeren Präcisions-Gährungs-Saccharometers von Lohnstein verglichen und sehr gute Uebereinstimmung gefunden. (Größte Differenz 0,05 pCt.) Er kann deshalb dem Practiker die Anschaffung dieses Instrumentes sehr empfehlen. Nur ist nach ihm zu betonen, daß selbst im Brutofen bei einer Temperatur von 37° C. die Gährung erst nach 24 Stunden beendigt sei, was aber für die Praxis den Wert des Instrumentes nicht beeinträchtige. Loeb (Köln, früher Berlin).

Dr. Th. Lohnstein (Berlin): **Ueber die Dauer der Hefegährung in zuckerhaltigen Urinen.** (Münchener medic. Wnchenschrift 1900, No. 40.)

Lohnstein rectificirt die Angabe Meyer's in der Münchener medicinischen Wochenschrift, No. 36, daß bis zur Vollendung der Gährung 24 Stunden notwendig seien. Bei Temperaturen von 32—38° sei in 3 bis 4 Stunden, bei Zimmertemperatur in 8—12 Stunden die Gährung vollendet, und gerade auf die schnelle Beendigung der Gährung legt Lohnstein das Hauptgewicht, weil man dann keines Brütofens benötigt, sondern mit einem durch ein Nachtlämpchen etc. zu heizenden Wasserbad auskommt. Die Discrepanz mit Meyer sei vielleicht daher zu erklären, daß Meyer zu wenig Hefe dem Urin zugesetzt habe oder eine andere Hefeart als die gewöhnliche Preßhefe der Bäcker benutzt habe. Loeb (Köln, früher Berlin).

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Dr. Jens Paulsen (Ellerbeck b. Kiel): **Ein Fall von gonorrhoischen Gelenk- und Hautmetastasen im Anschluss an Blennorrhoea neonatorum.** (Münchener med. Wochenschr. 1900, No. 35.)

Verf. beobachtete einen Fall von reinen Gonokokkenmetastasen, und zwar von gonorrhoisch-metastatischer Gelenkentzündung und gleichzeitig aufgetretenem Exanthem — ein bis dahin noch nicht bekannt gewordener Fall —, auch will Paulsen zum ersten Male in Exanthemen Gonokokken nachgewiesen haben. An der Innenseite der Unterschenkel traten zuerst stecknadelkopfgroße hellrote Papeln auf, die bald auf ihrer Höhe ein kleines Bläschen mit serösem Inhalt zeigten. Die Papeln blaßten nach Eintrocknung der Bläschen allmählich ab. Im Gesicht traten nur kleinere Papeln in geringer Zahl auf. Später traten bei nur sehr schwacher Rötung der umgebenden

Haut kleine Bläschen auf, die im Verlaufe von 24 Stunden teilweise bis zu Bohnengröße wuchsen und anfangs klare, später milchig trübe Flüssigkeit enthielten. Im Bläscheninhalt — ebenso im Knieerguß — wurden Gonokokken in Reincultur — keine Staphylo- und Streptokokken — nachgewiesen. Nach Operation: Eröffnung des Knies durch Prof. Petersen (Kiel), schwand das Exanthem ohne Behandlung; der ganze Verlauf der Erkrankung war durch wenig gestörtes Allgemeinbefinden, geringes Fieber ausgezeichnet. Nach der Operation trat Restitutio ad integrum ein.

Loeb (Köln, früher Berlin.)

Prof. Dr. Kehrer (Heidelberg): **Ein eigenartiger Fall von Azoospermie.** (Münchener med. Wochenschr. 1900, No. 46.)

Der Heidelberger Frauenarzt erzählt einen Fall von Sterilität in Folge von Azoospermie bei einem verheirateten Manne mit seinen romanhaften Nebenumständen und seinen juristischen Consequenzen, die in diesem Falle vollkommen mit dem natürlichen Rechte in Widerspruch stehen. Die Details sind wert, im Original nachgelesen zu werden. Im Anschluß an den Fall spricht Kehrer seine Ansicht dahin aus, daß Azoospermie meist die Folge von einseitiger gonorrhoischer Orchitis sei, und rät allen jungen Männern, die eine verschleppte Gonorrhoe und Hodenentzündung gehabt haben, sich vor dem Eingehen der Ehe einer genauen Untersuchung der Genitalien einschließlich des Ejaculates zu unterwerfen und im Falle der Azoospermie ganz, im Falle einer chronischen Gonorrhoe (Schleimfäden, Leucocyten, Gonokokken) temporär bis zur völligen Ausheilung auf eine Verheiratung zu verzichten. Denn neben dem Tuberkelbacillus gehöre der Gonococcus zu den größten Geißeln der Menschheit, der den Frauen zuweilen das ganze Leben hindurch die verschiedensten Leiden und Qualen verursache.

Loeb (Köln, früher Berlin).

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Dr. Matzenauer (Wien): **Indicationen zur Behandlung inveterirter Syphilisformen mit den Thermalquellen von Ilidze.** (Vortrag auf dem österreichischen Balneologen-Congreß. Wiener klinische Wochenschrift 1900, No. 23.)

Die schwefelhaltigen Thermen von Ilidze eignen sich vorzüglich zur Behandlung von veralteten tertiären Syphilisformen, sowie auch zur Behandlung der Visceralsyphilis, die mit Erkrankungen der Leber und der Nieren einhergeht, zumal dabei die cholagoge und diuretische Wirkung

des Sprudels von Ilidze zur Geltung kommt. Aber auch im Allgemeinen bildet bekanntlich die Hydrotherapie in der Therapie der Syphilis ein nicht zu unterschätzendes Adjuvans, indem sie zur Hebung des Ernährungszustandes und Kräftigung des Organismus in hervorragender Weise beiträgt.

Lubowski.

Dr. Frolow: **Natrium dijodosalicylicum bei Ulcus molle.** (Bolnitschnaja Gazeta Botkina. — Medicinskoe Obosrenie 1900, Bd. 53, H. 2.)

Verf. hat 40 Fälle von Ulcus molle mit Natrium dijodosalicylicum behandelt und durchaus befriedigende Resultate erzielt. Dem Jodoform gegenüber hat das Mittel den Vorzug der Geruchlosigkeit. Fast in sämtlichen Fällen bewirkte das Mittel eine rasche Reinigung der Geschwüre Es wurde entweder per se oder in Form einer 2proc. Mischung mit Talcum angewandt. In frischen Fällen und bei kleinen Geschwüren ist diese Mischung häufig genügend; in vernachlässigten Fällen müssen concentrirtere (10—50proc.) Mischungen angewendet werden. Das Natrium dijodosalicylicum ätzt zwar an und für sich nicht, wirkt aber bei langdauernder Anwendung zerstörend auf das umgebende Gewebe. Es verursacht entweder geringe oder gar keine Schmerzen. In manchen Fällen blieb die Anwendung des Mittels ohne Erfolg; es stellte sich aber später heraus, daß es sich in diesem nicht um weiche, sondern um gemischte Schanker gehandelt hat. Lubowski.

V. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

E. Lundsgaard: **Studien über die sogenannte Prostatahypertrophie.** (Dissertation, Kopenhagen 1900.)

Nach eingehender Besprechung der vorliegenden Litteratur werden Untersuchungen über 95 Vorsteherdrüsen, den Altersklassen nach 30 Jahren angehörend, mitgeteilt. Die Prostatae sind bei Sectionen auf dem Kopenhagener Commune-Hospital größtenteils ohne Auswahl eingesammelt und einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen worden.

In den 95 Drüsen wurden in 33 Fällen hypertrophische Veränderungen nachgewiesen, 29mal fanden sich gleichzeitig sclerosirende Processe, und solche waren 4mal allein ohne Hypertrophie vorhanden. Sclerotische Gefäßveränderungen fanden sich in 28 Fällen (4mal ohne Hypertrophie), im Großen und Ganzen den chronischen sclerotischen Processe der Prostata proportional, während nur 12mal ähnliche Veränderungen der Nierenarterien nachgewiesen werden konnten.

Als Ergebnisse seiner Untersuchung stellt Verf. folgende Schlüsse auf: Die sogenannte Prostatahypertrophie bietet niemals das Bild einer echten

Hypertrophie dar. Bei der Entstehung sind als Regel zwei verschiedene, von einander abhängige Factoren mitwirkend, nämlich 1. eine überwiegende glanduläre Hypertrophie, welche als primäre und essentielle betrachtet werden muß, und 2. chronische, sclerosirende, entzündliche Processe. Das Bild der Hypertrophie wechselt, je nachdem die glanduläre Hypertrophie allein oder mit der secundären Sclerosirung zusammen auftritt, je nach der diffusen oder circumscripten Ausbreitung und nach der verschiedenen Intensität der beiden Processe.

Die Prostatahypertrophie gehört dem letzten Teil der regenerativen Periode, nach den 50er Jahren, an, die Anfangsstadien finden sich aber schon im viel früheren Lebensalter.

Die secundären, chronischen, Bindegewebe erzeugenden Processe stehen in der Mehrzahl der Fälle mit den arteriosclerotischen Gefäßveränderungen in causalem Zusammenhang, obwohl andere ätiologische Momente nicht ausgeschlossen werden können. Max Melchior (Kopenhagen).

VI. Blase.

Dr. Foveau de Courmelles: **Doppelelectrolyse bei Erkrankungen der Harnorgane.** (Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie 1900, No. 1. Ref. nach Jeschenedelnik 1900, No. 7.)

Als Doppelelectrolyse bezeichnet Verf die gleichzeitige Electrolyse der medicamentösen Substanz und des erkrankten Gewebes, was dadurch erreicht wird, daß man auf das letztere den constanten Strom und lösliche Electroden einwirken läßt. Falls besondere Vorrichtungen fehlen, so empfiehlt Verf., eine gewöhnliche Kautschuksonde zu verwenden, in welche ein Wattetampon hineingesteckt wird, der mit der betreffenden medicamentösen Substanz durchtränkt und mit dem Platindraht, durch den der Strom geht, verbunden ist. Nach Verf. entsteht dabei eine gewisse chemische Substanz in statu nascendi und andererseits wird das Gewebe poröser und mehr permeabel, wodurch ein viel größerer Effect erzielt wird, als durch Electrolyse mit unlöslichen Electroden.

Verf. behauptet nun, daß man diese Behandlungsmethode bei Erkrankungen der Harnorgane anwenden kann, und empfiehlt, mit schwachen Strömen zu beginnen, um allmählich zu stärkeren überzugehen. Durch eine Reihe von Versuchen in vitro überzeugte sich Verfasser, daß Steine aus oxalsaurem Kalk bei Anwesenheit von kohlensaurem Lithium und constantem Strom gelöst werden können, und zwar so, daß der Stein sich in einen pulverförmigen Niederschlag verwandelt, der dann durch einfache Ausspülung der Harnblase entfernt werden kann. Sollte sich dieses in vitro erprobte Verfahren auch in der Praxis bewähren, so wird ein guter Teil der Chirurgie ad acta gelegt werden können. Qui vivra, verra. Lubowski.

VII. Ureter, Niere etc.

Prof. Krönlein (Zürich): **Demonstration eines seltenen Nierentumors.** (29. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berliner klin. Wochenschrift 1900, No. 19.)

K. berichtet von einer Patientin, die er auf dem vorjährigen Congresse mit einem bei ihr entfernten polycystitischen Cystofibrom gezeigt hat, daß sie jetzt 1³/₄ Jahre gesund ist, obgleich man doch annimmt, daß die Cystennieren gewöhnlich doppelseitig sind. Jetzt zeigt er einen Cystentumor der rechten Niere bei einer 36 jährigen Frau, den er als Carcinom diagnosticirt hatte, der nach dem Befunde jedoch als ein Teratoid der Niere angesehen werden mußte. L—i.

Dr. Otto Aichel (Erlangen): **Zur Kenntnis der Nebennieren.** (Münchener med. Wochenschr. 1900, No. 36.)

Aichel giebt eine lesenswerte Zusammenfassung über unsere heutige Kenntnis der Anatomie, Morphologie und Physiologie der Nebennieren. Bei den höheren Wirbeltieren und dem Menschen sind die Nebennieren Gebilde ohne Ausführungsgang; sie bestehen aus Mark und Rinde. Der früheren Ansicht gemäß soll das Mark aus Teilen des Sympathicus entstehen und den Suprarenalorganen der niederen Wirbeltiere entsprechen, während die Rinde den paarig angelegten Interrenalorganen entwicklungsgeschichtlich entspreche. Nach Aichel ist diese Ansicht, daß der Sympathicus etwas mit den Nebennieren zu thun habe, unrichtig: nach ihm entstammen die Nebennieren der Urniere, und zwar entsprechen die Nebennieren des Menschen dem Interrenalkörper: die im Hoden und breiten Mutterbande versprengten Nierenkeime, „die Marchand'schen Nebennieren“, dem Suprarenalkörper der niederen Wirbeltiere.

Demnach haben nach Aichel physiologisch die Nebennieren keine Bedeutung als nervöse Centralorgane: desgleichen keine für die Blutbildung und für das Fruchtleben. Ob die Addison'sche Krankheit mit den Nebennieren etwas zu thun hat, ist noch zweifelhaft; zwar hat man Addison'sche Erkrankung beobachtet, wo Nebennieren fehlten; aber die Marchand'schen Nebennieren mögen vielleicht erkrankt gewesen sein. Dies ist aber nicht untersucht worden und überhaupt auf die Marchand'schen Nebennieren noch zu wenig Augenmerk gerichtet worden.

Vielleicht besteht aber eine bedeutende Beziehung zwischen den Nebennieren und dem Geschlechtsapparat. Tiere mit starkem Geschlechtsapparat haben grosse Nebennieren. Zu- und Abnahme der Nebennieren erfolgt bei manchen Vögeln und Amphibien in und außer der Brunstzeit. Die Experimente von Brown-Séquard (56) und später Hultgreen und Andersson: ob Tiere nach Ausrottung der Nebennieren noch leben können, sind nach Aichel nicht ganz eindeutig, weil man die Marchand'schen Nebennieren gar nicht in Berücksichtigung gezogen hat. Loeb (Köln, früher Berlin).

Bibliographie.

Die nachstehende Bibliographie enthält die vom 1. Januar 1900 bis einschl. 1. December 1900, sowie die während oder nach der Drucklegung der vorjährigen Bibliographie in Berlin erschienene oder eingetroffene Litteratur.

Wenn keine Jahreszahl angegeben, ist 1900 zu verstehen.

Neue Kürzungen: 1. B. of H. H. — Bulletin of Johns Hopkins Hospital. 2. Schl. Ges. f. v. C., M. S. — Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur, Medicinische Section. 3. N.-Y. M. J. — The New-York Medical Journal. 4. Th. d. G. — Therapie der Gegenwart. 5. N.-Y. m. M. — New-Yorker medicinische Monatsschrift.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Alexander: Pathology and Surgical Treatment of Urinary and Uro-Genital Tuberculosis. M. N., 20. October.

Barrett-Hamilton: Note on a possible Mode of Origin of some Nuptial and Sexual characters in Vertebrates. A. A., Bd. 18, H. 1.

Barthélémy: Quelques applications de l'air liquide en vénéréologie. A. de D. et de S., No. 2.

Bernhardt: Bacillus pyocyaneus in den Harnwegen. G. l. (poln.), 6 und Pick's A., Bd. 52, H. 3.

Bernstein: Verhütung geschlechtlicher Erkrankungen für das männl. Geschlecht. Fisher & Co., Cassel.

Bey: Venerische Krankheiten in Aegypten. W. m. W., 36.

Blaschko: Verbreitung der Geschlechts-Krankheiten in Preußen am 30. April 1900.

— Heutige Reglementirung der Prostitution. Spiess-Pistor'sche V.-J., Bd. 32, H. 2.

— Geschlechtskrankheiten, ihre Gefahren, Verhütung u. Bekämpfung. W. Latte, Berlin.

Brügelmann: Zur Lehre vom perversen Sexualismus. Z. f. Hypn., Bd. 10, H. 1.

Carlier: Voies urinaires. É. med., 9.

Chiarleoni: Hermaphroditismus an zwei „Schwestern“. Acad. medico-chir. univ. di Palermo.

Cohn: Zur Kenntnis des Spermas. Ziegler's Centralblatt 99, Bd. 10, No. 23.

Cooper: Herpes Progenitalis from a Diagnostic Point of View. B. M. J., 19. Mai.
Czoby: Urinary Infiltration. Du. M. J., November.
Donner: Sexuelle Störungen beim Manne, ihre Ursachen, Folgen und dauernde Heilung. Süddeutsches Verlags-Institut. Stuttgart.
Estrabaut: Ueber Pseudo-Erkrankungen d. Harnwege. Pariser Diss.
Féré: Instinct sexuel. R. de méd., October 99 u. ff.
Friedländer: Die Krankheiten der männl. Harnorgane. Vorles. über Diagnostik u. Therapie f. Aerzte u. Studirende. Louis Marcus.
Gile: Tuberculous Disease of the Urinary Apparatus. M. N., 21. 4.
Glück: Lepra d. männl. Geschlechtsapparates. Pick's A., Bd. LII, H. 2.
— Lepra der männlichen Geschlechtsorgane. Przeglad lekarski.
Görl: Zur Diagnose der Harnerkrankungen. K.-th. W., No. 21, 22 u. 23.
Grosglik: Heilwert des Urotropins bei infectiösen Erkrankungen des Harnapparates. Oberländer's Cbl., Bd. 11, H. 5.
Guéricolas: Hermaphroditisme vrai chez l'homme et les animaux supérieurs. Lyoner These, Stork et Cie.
Guyon: Formes larvées des maladies chirurgicales de l'appareil urinaire. Guyon's Annalen, Nov. 99.
Hallopeau et Léri: Sur un nouveau cas de féminisme. A. de D. et de S. 99, No. 11.
Jaesche: Zur sexuellen Hygiene P. m. W. 99, 49.
Joulie: L'acidité urinaire et l'urologie pratique. Robin's B., 15. 5 ff.
Jullien: Vénériennes à Saint-Lazare. J. de méd. de Paris, 4 u. Pr. méd., 6.
Kopytowski: Anwendung des Thioforms in d. Therapie d. Geschlechts- u. Hautkrankheiten. D. C., Januar.
Lancereaux: Hémorrhagies névropathiques des organes génito-urinaires. Guyon's Annalen, Sept. und G. d. h., 95.
Ledermann: Therap. Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten. O. Coblentz, Berlin.
Lohnstein, H.: Tumoren des Urogenital-Apparates. A. M. C.-Z., 48 ff.
Lohnstein, H.: Einige neuere Arbeiten über Tuberculose des Harn- und Sexual-Apparates. A. M. C.-Z., No. 40 ff.
Longuet: Traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez l'homme. R. de ch., Januar.
Lucksch: Hermaphroditismus spurius masculinus internus. Z. f. H., Bd. 21, H. 7.
Lustgarten: Question of Legal Control of Prostitution in America. M. R., 13. Januar.
Marc: Bad Wildungen und seine Mineralquellen. Einfluß auf die Erkrankungen d. Harnorgane. Pusch, Wildungen.
Meige: Les urologues. Duplay's A., Juni.
Moizard et Bacaloglu: Tuberculose de l'appareil urinaire depuis le rein jusqu'au méat uréthral. Vermorel-Griffons, Bd. 7.
Neugebauer: 19 Fälle von Coincidenz von gut- oder bösartigen Neubildungen, vorherrschend der Geschlechtsorgane mit Scheinzwittertum. Cbl. f. Gyn, 18.
— Nouvelle série de vingt-neuf observations d'erreur de sexe. R. de g., Jan.-Febr. u. G. l. (poln.), 16.
Noguès: Le cabinet moderne du chirurgien urinaire. Guyon's Annalen, 7.
Obosnenko: Regulirung und Bekämpfung der Prostitution auf den beiden internationalen Conferenzen von 1899. Wratsch, 30.
Orlow: Sarcome der äußeren Genitalien. Wratsch, 21.
Orlowski: Bactericide Wirkung des Urotropins. G. l. (poln.), 12.
Poroschin: Ueberwachung der Prostitution in Kasan 1897/98. Wratsch 99, 52.
Posner u. Cohn: Allgemeininfection bei Harnkrankheiten. B. k. W., 31.
Schaper: Statistik der geschlechtlichen Infectionskrankheiten in der Charité. B. k. W., 44.
Schmauch: Rankenneurom d. weiblichen Genitalien. Z. f. G. u. G., Bd. 42, H. 1.
Ströhmberg: Die Prostitution. Ein Beitrag zur öffentlichen Sexualhygiene und zur staatlichen Pro-

phylaxe d. Geschlechtskrankheiten. Eine social-medicinische Studie. Ferdinand Enke, Stuttgart 99.

Tauber: Viref feminatus. Wratsch, 1.

Weber: Beitrag zur Tuberculose des Urogenital-Apparates. B. k. W., No. 2.

Woskresenski: Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlungs-Methoden der Tuberculose des Genitalapparates bei Männern. Fall von Excision der Vesicula seminalis und des Vas deferens. Chirurgia.

Zabludowski: Therapie der Impotentia virilis. Leyden-Goldscheider's Z. 99, Bd. 3, H. 7.

Zechmeister: Behandl. der venerischen Erkrankungen. W. m. Pr., 40.

Zuckerkandl: Seltenere Concretionen der menschlichen Harnwege. W. k. W., 1.

— Concretionen aus den unteren Harnwegen. W. m. Bl. 99, No. 48.

— Verdauungsstörungen bei chronischen Drucksteigerungen im Harnsystem. W. m. Pr., 12.

II. Harn- und Stoffwechsel. Diabetes.

Abadie: Polyurie et Pollakiurie hystériques. A. de n., März.

Ach: Diuretische Wirkung einiger Purinderivate. Naunyn's A., Bd. 3, H. 5 und 6.

Achard et Clerc: Elimination par les urines du bleu de méthylène injecté. Pr. méd., No. 6.

— et Loeper: Gigantisme et diabète. G. hebd., 37.

Adler: Transitorische Glycosurie bei acuter Morphinvergiftung. Pr. m. W., 28.

Amann: La recherche et le dosage cliniques de l'albumine dans l'urine. R. m. de la S. R., 6.

— Nouvel uréomètre destiné au dosage clinique de l'urée. R. méd., April.

— Relation numérique entre la densité et le poids des solides en dissolution dans l'urine. R. m. de la S. R., Januar.

Annequin: De l'utilisation de l'éther pour la recherche des albumoses dans les urines. Lyon méd. 99, 53.

Armstrong: The Influence of the Buxton Thermal Water on the Excretion of Uric Acid. L., 9. Juni.

Arnold: Nachweis und Vorkommen der Acetessigräure im pathol. Harn. Cbl. f. i. M., 17.

Asknazy: Diagnostische Bedeutung der Ausscheidung des Bence-Jonesschen Körpers durch den Harn. Ziemssen's A., Bd. 68, 1 und 2.

Bauer: Chinin als Ursache des Diabetes. Tittel, Dresden.

Bauermeister: Casuistik der pankreatogenen Diabetes. A. f. V., Bd. 6, H. 1.

Beier: Die Untersuchungen des Harns und sein Verhalten bei Krankheiten. Medic. Bibliothek für pract. Aerzte, No. 153—156. C. G. Naumann, Leipzig 1899.

Bendix: Ammoniakausscheidung bei Ernährungsstörungen der Säuglinge. Cbl. f. i. M. 99, 52.

Berg: Diabète Bronzé and Pathogenesis of Diabetes Mellitus. M. R., 16. December 99.

Bernard: Détermination de la toxicité du sérum sanguin et de l'urine. R. de méd., Februar.

Betz: Einiges über Indicanurie. Memorabilien 5.

Blacher: Zusammensetzung d. Harns bei Atrophie. Wratsch, 17.

— Klinische Bedeutung der Harnanalyse bei Atrepsie. A. f. K., Bd. 29, H. 5 u. 6.

Bianchi: La tossicità urinaria nell' infezione difterica. M. I., 6.

Bloch: Ein Beitrag zur Frage vom Antagonismus des Bacterium coli den sonstigen Urinbacterien gegenüber. Hospitals Tidende 99, No. 34.

Blumenthal: Ueber die klinische Bedeutung einiger Fäulnisproducte im Harn. B. k. W. 99, No. 38.

Bourcy: Albuminurie orthostatique. Pr. méd., 25.
Brown: Differentiation of the Urines. A. of S., December 99.
— Urinary Anomalies. B. of H. H., 110.
Bucco: Sull'azione biologica del precipitato indatto dall'alcool nell' urina normale e patologica. C. m., Januar.
Caro: Beziehung epileptischer Anfälle zur Harnsäureausscheidung. D. m. W., 19.
Carrière: Descendance des albuminuriques. G. hebd. 99, 100.
Caselli: Ipofisi e glicosuria. Rivista, 1.
Caussade: De la céphalgie uricémique chez les enfants. Pariser These, Jouve et Boyer.
Cautru: Du rôle de l'acidité urinaire en pathologie, traitement de l'hypoacidité par l'acide phosphorique. Robin's B., Mai.
Chapin: Diabetes mellitus in Children. J. of A. M. A., 15. Sept.
Charrin: Toxicité urinaire, autointoxication et pathologie cellulaire. J. de Ph. et de P. g., 4.
Claude et Balthazard: Toxicité urinaire, cause d'erreur due au défaut d'isotonie de l'urine et du sang. R. de méd., April.
— Toxicité urinaire dans ses rapports avec l'isotonie. J. de Phys., Bd. 2, Heft 1.
— Cryoscopie des urines dans les affections du coeur et des reins. P. méd., 14.
Comby: L'uricémie chez les enfants. G. hebd., 65.
Coudray: Indication de l'interruption de la grossesse chez les femmes enceintes albuminuriques. Pariser These.
Coulhon: Le diabètographe. Duplay's A., September.
Croner: Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Tabes dorsalis. Z. f. k. M., Bd. 41, H. 1—4.
Czyhlarez: Abstammung der Harncylinder. W. k. W, 1.
Daggett: Tests for Albumins. Bu. M. J., Dec. 99.
Démeter und Bleiweis: Alimentäre Glycosurie e saccharo bei acuten fieberhaften Infectionskrankheiten. Cbl. f. i. Med., 2.
Diénot: Glycosurie dans la maladie de Basedow. Lyoner These, Imp. des facultés de Lyon.
Drake-Brockman: The Value of Urotropin. L, 30. Juni.
Durandeau: Les coefficients urinaires dans les cirrhoses. Pariser These 346, Steinheil.
Ebstein: Diabetes mellitus, Unterleibscoliken und Oedeme. Z. f. k. M., 40. 3 u. 4.
Edlefsen: Nachweise des Phenetidins im Harn. Cbl. f. i. M., 1.
— Neue Harn- und Zuckerprobe. M. m. W., 24.
Elischer jun.: Untersuchungen über Acetonausscheidung durch d. Lunge und die Nieren bei Diabetes mellitus. Orvosi Hetilap, Mai.
Eschbaum: Neue klinische Methode zur quantitativen Bestimmung von Quecksilber im Harn und die Ausscheidung dieses Metalles bei mit löslichem, metallischem Quecksilber behandelten Kranken. D. m. W., 3.
Evill: Case of Acute Albuminuria with Uraemia: Recovery. L., 6. Oct.
Farup: Quantitative Bestimmung von Quecksilber im Harn. Naunyn's A., Bd. 44, H. 3/4.
Fédou: Hémorrhagies intestinales au cours de l'urémie. Toulouser These, Lagarde et Sébille.
Fisher: Swelling of the Eyelids with Intermittent Albuminuria in Children. B. M. J., 14. April.
Fisk: Surgery in Presence of Sugar in the Urine. A. of S., April.
Franck: Sur un travail manuscrit de M. le prof. Marinesco, intitulé: Un cas de diabète insipide dépendant d'un glio-sarcome du plancher du 4e ventricule. B. de l'a. de méd., 29.
Frank: Zur Casuistik des Diabetes mellitus. Pr. m. W., 25.
Friedberger: Verhalten des Urins bei Erkrankungen des Magens. Ziemssen's A., Bd. 65, H. 5 u. 6.
Friedrich: Drei Fälle von diabetischer Mastoiditis. Z. f. O. 99, Bd. 36, H. 1 u. 2.
Fürst: Ernährung des Diabetikers. Ziegelroth's A., Bd. 2, H. 3.
Gaeppert: Harnsäureausscheidung. J. f. K., Bd. 1, H. 3.

Gastaigne: Toxicité du liquide céphalo-rachidien et perméabilité méningée dans l'urémie nerveuse. Pr. méd., 92.
Gilbert et Lereboullet: Cirrhoses alcooliques hypertrophiques avec diabète. G. hebd., 40.
— et Weill: Indicanurie physiologique et expérimentale chez l'homme sain. Pr. méd., 28.
Gildersleeve: Relation of Surgery to Diabetes. J. of A. M. A., 1. Sept.
Gordon: Anuria followed by Retention of Urine in a Case of Hysteria. M. R., 25. August.
Gregor: Einfluß des Alkohols auf die Ausscheidung der reducirenden Substanzen im Harn. W. k. W., 16.
— Ein bei innerlicher Anwendung von Pyramidon im Harn auftretender roter Farbstoff. Th. M.-H., 6.
Grober: Quantitative Zucker-Bestimmungen mit dem Eintauchrefractometer. Cbl. f. i. M., 8.
Grosglik: Spastischer Verschluß der Speiseröhre als Symptom von Harninfection. Oberländer's Cbl., Bd XI, H. 2.
Grossmann: Gangrän bei Diabetes mellitus. Hirschwald, Berlin.
Grube: Coma diabeticum. Naunyn's A., Bd. 3, H. 5 u. 6.
Guaita u. Vatvassori Peroni: Paroxysmale Hämoglobinurie. Assoc. sanitar. Milanes, 15. April.
Guihal: Traitement du diabète sucré. L'opothérapie. G. d. h., 75.
— Traitement du diabète sucré. Les cures thermales. G. d. h., 69.
— Hygiène physique du diabète sucré. G. d. h., 66.
— Hygiène alimentaire du diabète sucré. Le pain du diabétique. G. d. h., 61.
Guyon: Role du nerf érecteur sacré dans la miction normale. C. r., 26.
— und Albarran: Hämaturie der Schwangerschaft. F., April.
Haedke: Metatraumatische alimentäre Glycosurie. D. m. W., 31.
Hallion et Cerrion: De la toxicité urinaire. P. méd., 52.
Hamburger: Untersuch. des Harns mittels combinirter Anwendung von Gefrierpunkt- und Blutkörperchenmethode. Cbl. f. i. M., 12.
Hammerschlag: Ueber Culturversuche mit besonderen, im Innern des Harntractus Diabetischer gefundenen Bacillen. W. m. Bl., 1899, 51.
Henry: Diabetes Mellitus. L. M. J., Juni.
Herrick: Notes on Diabetes. A. J. of M. Sc., 1, Bd. CXX.
Hill: Influence of High Altitude on Albuminuria. J. of A. M. A., 19.
Hindes: Urämie. Bedeutung des Aderlasses bei derselben. M. O., Bd. 53, H. 4.
v. Hoesslin: Schwere Urämie, geheilt durch Aderlaß. M. m. W., 27.
Hönig: Klinische Bedeutung der Diazoreaction. K.-th. W., 26 ff.
Hoppe-Seyler: Glycosurie der Vaganten. M. m. W., 16.
Huchard: Les trois lavages dans le traitement de l'urémie. Journ. des praticiens 99.
Jaquet: L'intoxication acide dans le diabète. S. méd., 23.
Jerzykowski: Diabetes insipidus. N. l. (poln.), 2.
Jolles: Auftreten eines eigentümlich veränderten Blutfarbstoffes im Harne bei paroxysmaler Hämoglobinurie. W. k. R., 27.
— Quantitative Bestimmung der Harnsäure, sowie der Purinbasen im Harne. W. m. W., 37 u. Cbl. f. i. M., 36.
— Ueber eine Methode zur schnellen und zuverlässigen Bestimmung des Quecksilbers im Harn. Vortrag im Wiener med. Club am 9. Mai.
— Nachweis der Gallenfarbstoffe, insbesondere im Harne. Sk. A. f. Phys., Bd. 10, H. 3—5.
— u. Winkler: Beziehungen des Harneisens zum Bluteisen. Naunyn's A., Bd. 3, No. 5 u. 6.
Kleinwächter: Complication von Uterusmyom und Diabetes. Z. f. G. u. G., Bd. XLIII, H. 2.
Klemperer: Demonstration von Phosphaturie und Phosphatsteinen. B. k. W., No. 7.
Klippel: Diabète hydrurique au cours de la tuberculose. A. d. n., LI. 255.
Klotz: Phosphaturie and Pyelo-Nephritis. N.-Y. m. M., Oct. 1899.
Kobler: Klinische Bedeutung der Harncylinder. W. m. W., 14.

Kraft: Ueber Anurie. Hospitals-Tidende, 29

Kraus: Modern Treatment of Diabetes mellitus. M. R., 12. Mai.

Krogius u. Wallgren: Note sur l'antagonisme entre le bacterium coli et les autres bacteries urinaires. Ann. d. mal. gen.-urin 99, No. 8.

Krupetzki: Behandlung des Diabetes mellitus mittels salpetersauren Urans. M. O. (russ.). August.

Kübler: Diagnose des Unterleibstyphus durch bacteriologische Urinuntersuchung. D. mi. Z., Mai.

Labadie-Lagrave, Boix et Noé: Recherches sur la toxicité urinaire et l'albuminurie. Pr. méd., No. 8.

Lacroix: De l'ammoniaque urinaire. Pariser These, Ollier-Henry.

Lannois et Mayet: Albuminurie post-paroxystique dans l'épilepsie convulsive. Lyon médical, 28/29.

Lasarew: Chyluria nostras. Jeschenedelnik, 36.

Laspeyres: Ueber Tag- und Nachtharn. Ziemssen's A., Bd. 68, H. 1 und 2.

Lavaux: Pronostic et traitement chirurgical de l'hématurie. R. de ch. 99, XI, 604.

Lecoeur: De l'oxalurie physiologique et pathologique. Pariser These, Maloine.

Leichtenstern: Kehlkopferkrankungen im Verlaufe des Diabetes. M. m. W., 16.

Lemoine: Behandl. der urämischen Dyspnoe m. Aether in hohen Dosen. Memorabilien, Bd. 18, H. 1.

Lenné: Therapie des Diabetes mellitus. D. m. Z., 39.

Lépine: Bases physiologiques de l'étude pathogénique du diabète sucré. R. de méd., 7 ff.

— La dyscrasie toxique, complication du diabète, et son traitement. S. méd., 48.

Lêsné et Bousquet: Toxicité urinaire et isotonie. P. méd. 42.

Lewandowsky: Woerner'sche Methode der Harnsäurebestimmung. Z. f. k. M. 40, 3, 4.

— Wirkung der Benzoesäuren auf Harnsäurebildung. Z. f. k. M., Bd. 40, 3 und 4.

Lewin: Phosphaturie mit Tic convulsif bei einem $3^1/_2$jähr. Kinde. Ziegelroth's A., 11.

Linossier: A propos de l'opothérapie du diabète. Lyon med. 1899, XI, 359.

Lohnstein, Th.: Vorkommen von Traubenzucker im Harn der Nicht-Diabetiker auf Grund einer neuen Methode zur quantitativen Bestimmung kleinster Mengen von Glycose im Urin. A. M. C.-Z., 30.

— Dauer der Hefegährung in zuckerhaltigen Urinen. M. m. W., 40.

— H.: Weitere Fortschritte der Diabetesforschung. A. M. C.-Z. 58 u. ff.

Luethje: Stoffwechselversuch an einem Diabetiker. Z. f. k. M. Bd. 39, H. 5 und 6.

Mackenzie: Glycosuria a Diabetes in Relation to Life Assurance. P., 386.

Magnus: Diurese. Naunyn's A., Bd. 3, H. 5 u. 6.

M'arcy: Uric Acid and Serious Results when not Eliminated. J. of A. M. A., 14.

Margulies: Neumann'sche Modification der Fischer'schen Phenylhydrazinprobe zum Nachweise von Zucker im Harn. B. k. W., 40.

Marinesco: Cas de diabète insipide. G. de h., 25.

Martius: Constitutionelle Albuminurie. Kl.-th. W., 9.

Maurel: Influence de l'alimentation sur l'excretion de l'urée. Charcot's A., Januar.

Mayer: Bedeutung der Glycuronsäure für die Phenylhydrazinprobe im Harn. B. k. W., 1.

May: Formol als Conservirungsmittel für Harnsedimente; Diformaldehydharnstoff. Ziemssen's A., Bd. 68, H. 5 und 6.

Memelsdorf: Bedeutung der im Harn gefundenen Epithelien für die Diagnose. N.-Y. m. M., December.

Menge: Urinbefunde nach Nierenpalpation. M. m. W., 23.

Merklen: A propos de l'albuminurie orthostatique. Pr. méd., 28.

Michaelis: Diagnostische und prognostische Bedeutung der Diazoreaction bei Phthisikern. B. k. W., 13.

— Klin Beob. über Ammoniak-Ausscheidung durch den Harn. D. m. W., 17.

Milla: Una rara forma clinica d'intossicazione urinemica. G. M. L., 4.
Minerbi: Interno ad un caso iniziale di actinomicosi bucco-faciale in un soggetto diabetico. Rivista veneta, Juli.
Mongour et Gentes: Polyuries graves; leurs rapports avec une lésion du pancreas. P. méd. 99, 101.
Moor: Discovery of „Ureine", the Principal Organic Constituent of Urine and the True Cause of Uraemia. M. R., 1. September.
Nagelschmidt: Psoriasis und Glycosurie. B. k. W., 2.
Nash: Excretion of Urinary Water and Urea From Human Body. L., 30. Juni.
Navarre: Aggravation subite d'un diabète après un piqûée de guêpe. Lyon médical 99, 410.
Neermann: Methylviolett als Reagens auf Gallenfarbstoff im Harn. Hospitals-Tidende, 21.
Neumann: Alimentäre Glycosurie bei Nervenerkrankungen nach Unfällen. M. f. U., 8.
Niessen: Behandlung des Diabetes insipidus mit Amylenhydrat. Th. M.-H., 8.
Nobécourt: La glycosurie alimentaire chez les rachitiques. C. r., Bd. LII, H. 4.
Noguès: Troubles des urines dus à la présence exclusive des cellules épithéliales. Ann. des mal. gen.-urin. 99, No. 6.
Ortowski: Vergleichende Untersuchungen über den Wert des Piperazin, Lysidin, Urotropin, Uricedin und des Natrium bicarbonicum bei uratischer Diathese Przeglad lekarski.
Pasini: Cardiotherapia e Diuretina. G. M. L., 30.
Pavy: Differentiation in Diabetes. L., 16. Juni und W. m. Bl., 30 ff.
Piatkowski: Rigler's Apparat zur quantitat. Bestimmung des Zuckers im Harn. N. l. (poln.), 1.
Pick: Epikritische Aciditätsabnahme des Harns b. croupöser Pneumonie. Ziemssens A., 1 und 2, Bd. 68.
Pierallini: Alimentäre Oxalurie. Virchow's A., Bd. 160, H. 1.
Pineau: Des hémorrhagies gastro-intestinales d'origine urémique. Pariser These, Jouve et Boyer.
Popper: Abnormales Uriniren. U. m. Pr., 9—10.
Posner: Harnsteine. B. k. W., 44.
— und Vertun: Giftwirkung des normalen Harns. B. k. W., 4.
Predtetschensky: Fall europäischer Chylurie. Z. f. k. M., Bd. 40, H 1 u. 2.
Preindlsberger: Beziehungen des Trinkwassers zur Lithiasis. W. m. W., 39.
Pruszynski: Entstehung und Ausscheidung der Harnsäure. G. l. (poln.), 39.
Putnam and Pfaff: Uric Acid Secretion is not Regularly Diminished in Period Preceding Epileptic Seizures. A. J. of M. Sc., August.
Raimann: Alimentäre Glycosurie. W. k. W., 8.
Rankin: Phosphatic Diabetes. L., 24. März.
Ransohoff: Veränderungen im Central-Nervensystem in einem Fall von tötlicher Blasenblutung. D. Z. f. N., Bd. 17, H. 5 u. 6.
Raudnitz: Beziehung der Menarche zur minimen Albuminurie. A. f. K., Bd. 28, H. 3 u. 4.
Reale: Sull'indicano e sul significato clinico delle indicanurie. C. m., 22.
Rebensburg: Diabetes insipidus. B. k. W., 32.
Revilliod: Contribution à l'étude clinique de la diurèse. R. méd., 20. 9.
Richter: Nierendiabetes. D. m W. 99, 51.
— Beziehungen zwischen Nieren und Glycosurie. Z. f. k. M., Bd. 41, Heft 1—4.
— Aderlaß bei Urämie. B. k. W., 7.
Roehrich et Wiki: Élimination urinaire des chlorures dans la pneumonie franche. R. m. de la S. R., 6.
Rosin: Quantitative Verhältnisse der nicht gährungsfähigen Kohle-Hydrate im diabet. Harn. D. m W., 31.
Rousse: Acétonurie pendant la grossesse. A. de G., März.
Rumpf: Eiweißumsatz und Zuckerausscheidung. D. m. W., 40.
Ruschhaupt: Aceton-Glycosurie. Naunyn's A., Bd. 44, H. 1 u. 2.

Rybalkin: Vertigo auralis hysterica. Zur Frage der Harnveränderungen nach den Anfällen der grande hystérie. D. Z. f. N., Bd. 17, 3 u. 4.
Rzetkowski: Einfluß des Fleischextracts und des Xanthins auf die Ausscheidung der Harnsäure. G. l. (poln.), 5.
Salkowski: Entstehung der Oxalsäure. B. k. W., 20.
Sandmeyer: Rose's Diabetesmilch. B. k. W., 44.
Santangelo: Della tossicità urinaria nei bambini in rapporto a quella degli adulti. Il Policlinico 99.
Saundby: Diabetes Mellitus. P., Juli.
— Non-Diabetik Glycosuria. B M. J., 14. April.
Schaper: Zur Frage der Verwertung der Diazoreaction als prognostisches Hilfsmittel bei der Beurteilung der Phthisis pulmonum. B. k. W. 99, 36.
Scheiber: Indicationen des Milchregimes bei der Behandlung der Albuminurie. W. m. Bl. 10.
Schreiber: Ueber die Harnsäure unter physiologischen und pathologischen Bedingungen. Ferd. Enke, Stuttgart 99.
Schott: Herzkrankheiten auf diabetischer Basis. D. M. Z., 33.
Schwabe: Hämaturie und Gelatine. Th M.-H., 6.
Seegen: Glykämie und Diabetes mellitus. W. m. Pr., 34 u. 36.
Seelig: Phloridzindiabetes. D. m. W., 44.
Senator: Beziehungen zwischen Unfall und Diabetes. M. f. U., Januar
Simnitzki: Wechselbeziehungen zwischen den mit dem Harn zur Aussscheid. gelangenden Homogenthyrinsäure u. Stickstoffsubstanzen bei Alkaptonurie. Jeschenedelnik, 4.
Simon: Cystinuria and its Relation to Diaminuria. A. J. of M. Sc., Jan.
Sherwell: Cutaneous Manifestations in Diabetes Mellitus. J. of A. M. A., 15. September.
Stern: Identification of Dextrose in Human Urine. J. of A. M. A., 15. 9.
— Mortality from Diabetes Mellitus in City of New-York. M. R., 17. Nov.
Stockton: Acute Ascending Paralysis, Showing Haematoporphyrinuria. A. J. of M. Sc., 1, Bd. CXX.
Strauss: Diagnostische Verwendbarkeit des Versuchs der alimentären Glycusurie für die Feststellung der traumatischen Neurosen. M. f. U., December 99.
— Ueber Nebeneinandervorkommen von Idiotie und Diabetes mellitus und über „neurogene" Glycosurien. Ziemssen's A., Bd. 65, H. 5 u. 6.
— Alimentäre, spontane u. diabetische Glycosurien. Z. f. k. M., Bd. 39, H. 3 und 4.
— u. **Philippsohn**: Ausscheidung enterogener Zersetzungs-Producte im Urin bei constanter Diät Z. f. k M., Bd. 40, H. 5 u. 6.
Strubell: Ueber Diabetes insipidus. M. m. W., 29.
Suppan: Ueber den therapeutischen Wert des Urotropin. W. m. Bl. 28.
Surveyor: A new Disease with a Spectific Urinary Reaction. L., 11. 8.
Taidelli: Contributo alla ricerca dell'albumina. C. m. J., Dec. 99.
Tartakowski: Gegenwärtiger Stand der Frage der Diabetesbehandlung. Podwyssotzky's A., Nov. 99.
Thompson: Physiological Effects of Peptone when injected into the Circulation. Part V. The Influence of Peptone and Albumoses on the Urinary Secretion. J. of Ph., Bd XXV, H. 3.
Tommasoli: L'origine alloxurique de l'eczéma. A de D. et de S., 7.
Töpfer: Erzeugung von Glycosurie vom Darm aus. W. m. Bl. 99, No. 51.
Tunnicliffe: Knowledge of Uric Acid Salts. L., 16. Juni.
Tuttle: Albuminuria: Its Prognostic Value in Chronic Nephritis. J. of A. M. A., No. 13.
Vigouroux: Sur un nouveau traitement du diabète arthritique. G. d. h., 84.
Walko: Jodbindungsvermögen des Harns. Z. f. H., Bd. I, H. 1.
Weber: Febrile Albuminuria. Question of a Special Rheumatic Albuminuria. Ed. M. J., Januar.
Williamson: Blood Reaction in Diabetes Mellitus. L., 4 Aug.
— On the Cause of Diabetes Mellitus. P., Juli.
— Tests for Sugar in the Urine. P., 386.

Wolfsohn: Neues bequemes und empfindliches Reagens auf Zucker (Nitropropiol-Plättchen). Wratsch, No. 35.
Zaudy: Prophylactische u. curative Wirkung d. Urotropin. D. m.W., 37.
— Geheilter Fall von Diabetes mellitus. D. m. W., 31.
Ziegelroth: Vegetarische Kost bei Zuckerkranken. Ziegelroth's A., Febr.
Zuelzer: Experiment. Bence-Jones-sche Albumosurie. B. k. W., 40.
Zuckerkandl: Ueber Verdauungsstörungen bei chronischer Harnverhaltung. W. m. Bl., No. 7.

III. Gonorrhoe und ihre Complicationen.

Anel: De l'endocardite gonococcique. Pariser These, Rousset.
Baer: Gonorrhoische Gelenkerkrankung und Trauma. M. f. U, 11.
Balzer: Ursachen der Allgemeininfection bei Blennorrhoe. W. m. Pr., 43.
— et Alquier: Rectite à gonocoques. A. de D. et de S., 6.
Batut: Phlébite blennorrhagique, gangrène partielle du gland, du corps caverneux et de l'urèthre. G. hebd., 54.
Baudouin et Gaston: Blennorrhagie, lymphangite et pyodermites gonococciques. A de D. et de S, 6.
Bezançon et Griffon: Culture du gonocoque sur le „sang gelosé". C. r., 14.
Bierhoff: Fall von Cystitis gonorrhoica. D. Z., Bd. VII, H 3.
Boinet: Arthrite suppurée. Rhumatisme polyarticulaire et manifestations spinales d'origine blennorrhagique; présence du bacille pyocyanique dans le sang veineux recueilli vingt-quatre heures avant la mort. A. d. D. et de S., 11.
Bouvier: Troubles paralytiques des membres inférieurs dans la blennorrhagie. Pariser These, Vigot frères.
Brodier et Laroche: Endocardite et aortite aigues blennorrhagiques G. d. h., No. 59.
Casper: Gonorrhoebehandl. Casper-Lohnstein'sche M.-B., Bd. V, H. 7 und B. k. W., 22.
Castellan: Blennorrhagie rhumatismale et traitement alcalin A. de méd. nav., Febr.
Christmas: Gonocoque et de sa toxine. A de l'i. Pasteur, 5.
Clark: Critical Summary of Resent Literature on the Localization, Diagnoses, Prognosis and Treatment of Gonorrhoea in Women. A. J. of M. Sc., April.
O'Conor: Surgical Treatment of Gonorrhoeal Arthritis. L, 9. 12. 99.
Dokutschajew: Behandlung der Gonorrhoe mit Dermatol. Wojeno-medicinski Journal.
Dowd: Gonorrheal Rheumatism. Bu. M. J., Bd XL, H. 2.
Dreyer: Incubationsdauer b. Tripper. D C., März.
Duval: Complicat. méningo-médullaires de la blennorrhagie. Pariser These, Delmar.
Dworetzky: Wirkungsweise des löslichen Silbers (Argentum colloidale Credé). Th M.-H., Febr, März.
Eulenburg: Gonorrhoische Nervenerkrankungen. D. m. W., 43.
Falher: Les milieux de culture du gonocoque. Pariser These, Steinheil.
Feinberg: Krankheits-, Schwangerschafts- u. Geburtsverlauf bei drei gonorrhoisch inficirten Kranken. Wratsch, 14.
Fermi: Traitement et prophylaxie de la gonorrhée. G. de h., 50
Finger: Moderne Therapie der Gonorrhoe. W. K., Januar.
Freudenberg: Kataplasmen b. gonorrhoischer Arthritis und Tendovaginitis. Th. d. G, 8
Fromaget: Iritis et névrite blennorrhagiques. Ann. de la policlinique de Bordeaux 99, pag. 6

Gaston: Le gonocoque et les uréthritis. Associations microbiennes et pyodermites blennorrhagiques. A. de D. et de S., No. 6.

Grosglik: Protargol bei Tripper der vorderen Harnröhre. Medycyna, 46.

Hallé: Arthrite blennorrhagique chez l'enfant. G. hebd., 69.

Homberger: Gonokokken-Färbung. Cbl. f B., I, Bd. 27, H 14 u. 15.

Herz: Gonokokkenfärb. mit Neutralrot. Pr. m. W., 10.

Hochstätter: Einige Bemerkungen zur Gonorrhoetherapie. Gyógyázat 99, No. 14.

Ilyin: Harnröhrenreizung bei äußerlicher Anwendung der Canthariden-tinctur. K.-th. W., 3.

Jooss: Neuere Theorie d. Gonorrhoetherapie. Oberländer's Cbl., XI, 6.

Joseph: Specielle Prophylaxe der Gonorrhoe. D. Pr. 99, No. 23.

Jullien: Tripper und Ehe. In's Deutsche übertragen und herausgegeben von Dr. E. Hopf, Dresden. Berlin 99. Gebr Bornträger.

Juwatscheff: Behandlung der Gonorrhoe vermittelst eines neuen rückläufigen Katheters. Pick's A., Bd. 52, H. 3.

Kaijser: Diagnose en therapie van de urethritis gonorrhoica bij den Man. Gen. Tijdschr., Bd 40, H. 1.

Kienböck: Fall von gonorrhoischer Arthritis und Neuritis. W. m. Pr., 28.

Kiss: Rolle der mechanischen Antisepsis in der Behandl. der Gonorrhoe. Oberländer's Cbl., Bd. XI, H 7.

— Behandlung der männlichen Gonorrhoe. U. m. Pr., 1.

— Relative Insufficienz der Sphincteren in Folge von Gonorrhoe. Oberländer's Cbl., Bd. 11, H. 5.

König: Folge-Erkrankungen der Gonorrhoe und ihre Bedeutung für die Chirurgie. B. k. W., No. 47.

Krause: Silbertherapie. Th. M.-H., 8.

Lanz: Lagerung der Gonokokken im Trippersecret. Pick's A., Bd. 52, H. 1.

Launois: Arthropathies récidivantes, amyotrophie généralisée, troubles trophiques multiples (cornes cutanées, chute d'un ongle) d'origine blennorrhagique. A. de D. et de S. 99, No. 11.

Ledermann: Behandl. der acuten Gonorrhoe. B. Kl. 99, H 137.

Leistikow: Ichthargan, neues Mittel gegen Gonorrhoea anterior acuta. Unna's M.-H., Bd. 31, H. 4.

Leyden: Un cas de péritonite aiguë d'origine gonococcique. Pr. méd., Bd. 12, 34.

Limasset: Forme myélopathique du blenno-rhumatisme. Pariser These, Vigot frères.

Loeb: Injectionstherapie der acuten Gonorrhoe b. Manne D. C. Mai.

Lohnstein, H: Wirkung des Ichthargans bei Gonorrhoe u. anderen Urogenitalleiden. A. M C.-Z., 80.

Metzner: Peritonitis gonorrhoica. Z f. k. M., Bd 39, H. 5 u. 6.

Meyerhardt: Beh. d. Urethro-Blennorrhoe m. Sandelöl. Th. M.-H., 8.

Mingopoulo: Essai des complications générales de l'infection gonococcique Pariser These, Jouve et Boyer.

Möhlau: Beh. d. chronischen Gonorrhoe durch Massage. Th. M -H., 8.

Mostkow: Beitrag zur Casuistik allgemeiner gonorrhoischer Affectionen: Fall von gonorrh. Polyarthritis und Endocarditis complic. mit Hirnembolie. Jeschenedelnik, 22.

Naumann: Beitrag zur Frage der gonorrhoischen Erkrankungen des Nervensystems. Jeschenedelnik, 41.

Neill: Proph. and Treatm. of Gonorrhoe by Methylene Blue. M. R., 24. März.

Neisser: Gonorrhea; its Dangers to Society. M N., 13. Januar.

Neuberger: Gonorrhoe und Eheconsens. W. R. 99, No. 50 u. 51.

Paldrock: Multiple Gelenk-Affectionen bei chron. Gonorrhoe mit Ung hydrarg. cin. behandelt. P. m. W., 26.

Patoir: Deux cas d'epididymite blennorrhagique à d'ébut précoce testicule blennorrhagique précoce. ℒ. méd., 36.

Paulsen: Fall von gonorrhoischen Gelenk- und Hautmetastasen im Anschluß an Blennorrhoea neonatarum. M. m. W., 35.

Plato: Gonokokken-Färbung mit Neutralrot in lebenden Leukocyten. B. k. W. 99, 49.

Potain: Caso di endocardite e di aortite blennorragica. B. d. Cl., 9.
Ravogli: Treatment of Gonorrhea in the Female. M. N., 18. 11. 99.
Reach: Paraurethritis gonorrhoica. P. m.-ch. Pr. 99, No. 51.
Richter: Anwendung des Neutralrot zur Gonokokkenfärbung. D. Z., Bd. 7, H. 2.
Rothschild: Diagnose und Therapie der gonorrhoischen Prostatitis. D. m. W., 39.
Rubinstein: Gonorrhoische Gelenkentzündung. B. k. W., 37.
Schiele: Therapie der Urethritis gonorrhoica. P. m. W., 52
Scholtz: Gonorrhoe u. Eheconsens. A. M. C.-Z., 45.
Schultz: Pathologie und Therapie der Uterusgonorrhoe. F., April.
Ssorotschinski: Gonorrhoebehandlung nach Janet. Jeschenedelnik, 13.
Stanislawski: Gonorrh. Urethritis mit Affection der Gelenke, symmetr. Hornexanthem der Haut und Ausfall d. Nägel. Casper-Lohnstein'sche Monatsberichte, November.
Stein: Fall von Endocarditis gonorrhoica. W. k. W., 47.
Strebel: Behandlung der Gonorrhoe. D. M.-Z., 70.
Stekel: Therapie der Gonorrhoe in der Privatpraxis. W. m. Bl., 1.
Thiem: Gonorrhoische Gelenk-Erkrankung und Trauma. M. f. U., 9.
Tschitschulin: Protargol b. Gonorrhoe. Wojenno-medicinski Journal.
Underwood: Treatment of Gonorrhea in Females. E. M. J., Mai.
Weljamowitsch: Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis. M. O. (russ.), August.
v. Zeissl: Tripper und Ehe. W. m. Pr., 46.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Abramowitsch: Extragenitale Syphilisinfection. Jeschenedelnik, 29.
Alibert: Considérations sur la pathogénie et le traitement de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Pariser These, Maloine.
Allen: Inoculation Wound of Lues. M. R., 17. 3.
Audry: Reflexions sur la syphilis. A. de D. et de S., Februar.
Baudouin: L'abaisse-langue individuel et la prophylaxie de la syphilis. P. méd., 54.
— Chancres syphilitiques de la langue. A. de D. et de S., 99, No. 11.
Baumgarten: Histologische Differentialdiagnose zwischen den tuberculösen u. syphilitischen Processen, speciell zwischen gummöser und tuberculöser Orchitis. W. m. W., 47.
Bayet: Paralysie alterne supérieure au cours de la période secondaire de la syphilis J. méd. de Bruxelles, 4. Mai 99.
Behrmann: Prophylaxe der Syphilis bei Männern. D. C., März.
Bermann: Beziehungen d. Syphilis zur Tabes dorsalis und zur Paralysis progressiva. W. m. W., 33.
— Zwei Fälle von Syphilis des Centralnervensystems. W. m. W., 40.
Berre: Étude sur l'hérédo-syphilis à forme sénile chez le nourisson. Pariser These.
Bialokur: Fall von cerobrospinaler Syphilis. Medycyna, 26.
Blaschko: Neue Methode d. Quecksilbertherapie. F., Bd. 15, H. 2.
— Erste internat. Conferenz zur Bekämpfung der Syphilis und der vener. Krankheiten zu Brüssel vom 4.—8. September 99. Pick's A., LI, H. 1.
Blumenau: Klin. Diagn. der gummösen Kehlkopfsyphilis. Wratsch, 99, 47.
Bondesio: Phlébites des membres dans la syphilis secondaire. Pariser These, Jouve et Boyer.
Bratz und Lüth: Hereditäre Lues und Epilepsie. A. f. Ps., Bd. 33, Heft 2.

Brecht: Ueber einen Fall von Retinitis syphilitica hereditaria als einziger pathologischer Befund bei hereditärer Syphilis. B. k. W. 13

Brieger und **Uhlenhuth**: Uebertragung der Syphilis auf Tiere und Serumtherapie bei Syphilis. K. J. 99, Bd. 7, H. 3.

Briess: Behandlung der Syphilis mit Jodalbacid. W. m. W, 15.

Brocs van Dort: Casuistische bijdrage tot den duur der eerste twee incubatietijd perken van syphilis Weekblad van het Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde, 21. 10.

Brousse: Syphilis médullaire. R. de méd., 10. September.

Bruhns: Erscheinungen der Syphilis. B. k. W.. 44 u. D. m. Pr., 22.

— Behandlung der Syphilis. D. m. Pr., 22 und B. k. W., 46.

Castel: Chancres simples du prépuce et du gland, ulcération chancriforme de la muqueuse buccale. A. de D. et de S. 99, No. 11.

Cestan: Méningo-myélite syphilitique avec signe d'Argyll-Robertson. A. d. n., 56.

Charpentier: Relations entre les troubles des réflexes pupillaires et la syphilis. Pariser These, Steinheil.

Chitrowo: Ulcus molle des Mastdarmes. M. O. (russ.), April.

Cohn: Prophylaxe der Syphilis bei Männern. D. C., Mai.

Colombini: Verhalten der Milz bei erworbener Syphilis. Pick's A., Bd 51, H 2.

Combemale: Rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie de certaines cardiopathies valvulaires. E.méd ,37.

Coste-Labaume: Syphilis et tabes. Lyoner These, 10. Januar.

Curtis: Syphilitic Locolosis Alveolaris. J. of A. M. A., 18. August

Danlos: Syphilis et phthiriase. Syphilide pigmentaire du cou de forme exceptionnelle. A. de D. et de S., 5.

— Amaurose syphilitique. Impuissance des injections de bijodure. Guérison par quatre injections de calomel A de D. et de S, No 1.

— Du chancre syphilitique dans la première enfance. A de D. et de S. 99, XII.

Danlos: Chancre mou. Vaste bubon phagédénique de l'aine gauche et simultaném. contracture des muscles de la hanche, simultant la coxalgie. A. de D. et de S., 5.

Degny: Le coeur et l'aorte des syphilitiques Pariser These, Schlaeber.

Delamare: Syphilis rénale G. d. h., 55.

Downie: Syphilitic Ulcerations of the Trachea. B. M. J. 14. Oct. 99.

Dreyer: Syphilis und Trauma M. f U., October 99.

Ehrmann: Pathologie der Initialsclerose. W m. W., 36.

Einhorn: Syphilis d. Magens. A. f. V., Bd. 6, H. 2 u. D. Z., Bd. 7. Heft 3.

Ercole: Sifilide del fegato nell'adulto. C. m., 16.

Eskridge: La sifilide del cervello. B. d. Cl, 9.

Etienne: Evolution de la fièvre typhoide dans le cours de la syphilis active Duplay's A., Septbr.

Fasano: Das Jodalbacid in der heutigen Therapie. Archivio internationale di Medicina e Chirurgia. Februar-März.

Finger: Nachkommenschaft d. Hereditär-Syphilitischen. W. k. W, 7.

— Syphilis und venerische Krankheiten. Deuticke, Wien.

Fischel: Heilwert des Jodipins. Pick's A, Bd. 52, 1.

Flockemann: Neue Arbeiten über Lungensyphilis. Ziegler's Cbl. 99, Bd. X, 23.

Fournier: Trois cas de syphilis héréditaire tardive. A. de D. et de S., 5.

— Clinique des maladies syphilitiques. S. méd. 99, 51.

— Danger social de la syphilis Brouardel's Annalen, Dec. 99.

— Prophylaxe der Syphilis durch ihre Behandlung. D. Z., Bd. 7, H. 1.

— Syphilitische Erkrankungen des Darmes. K.-th. W., 28.

— Quel age se prend la syphilis P. méd., 27.

— Etiologie du tertiarisme. S. méd. 99, 51.

— Syphilome gommeux avec dégénérescence éléphantiasique. Syphilis héréditaire. A de D. et de S. 99, XII.

Fournier: Hereditäre Syphilis in der zweiten Generation. W. k. W., 4?.
— Malformation de l'oreille chez un hérédo-syphilitique. A. de D. et de S., 6.
— et Herscher: Syphilis demeurée contagieuse treize ans après le chancre A de D. et de S., No 2
— et Lereboullet: Diarrhées syphilitiques tertiaires. G. hebd., 54.
— et Sabareanu: Syphilis ancienne, insuffisance mitrale récente A. de D. et de S., 5.
Forssmann: Fall von Darmsyphilis u. Endophlebitis syphilit. Ziegler's Beiträge, Bd. 27, H. 2.
Friedmann: Beitrag zur Pathologie d. Syphilis: Hautstudien b. Syphilis. B. G. B (russ.) 99, 47.
Frolow: Natrium bijodosalicylicum bei Ulcus molle. B. G. B. (russ.) 99, 48.
Furbury: Ruptures traumatiques de la vessie et leur traitement. Pariser These, Jouve et Boyer.
Galatz: Un cas de stigmates hérédo-syphilitiques et de syphilis acquise chez le même individu. A. de D. et de S., 5.
— Gommes syphilitiques ulcérées et non ulcérées des membres inférieurs et syphilose gommeuse du corps thyroide. A. de D. et de S., 5.
Gaston: L'évolution de la syphilis et les associations microbiennes. A. de D. et de S, 6.
Gaucher et J. Noel: Intoxication mercurielle mortelle, consécutive à des injections de calomel. Pr. méd. 99, No 47.
Gerhardt: Syphilis einiger innerer Organe B. k. W., 46.
— Syphilis des Kehlkopfes u. Leber. D. m. Pr., 21.
Gilbert: Disjonction epiphysaire des nouveau-nés syphilitiques Pariser These, Jouve et Boyer.
Gillet: Myosites syphilitiques diffuses et gommeuses. NancyerThese, Crépin-Leblond.
Goldberg: Syphilis d. Centralnervensystems. Jeschenedelnik, 27.
Grassmann: Kreislauf-Organe im Frühstadium d. Syphilis. Ziemssen's A., Bd. 68, H. 5 u. 6.
Graude: Double chancre syphilitique du cuir chevelu. Société de méd. de Lyon, Mai 99. Lyon médical 99, 23.
Griwzow: Ther. der eiternden virulenten Bubone. Jeschenedelnik, 19.
Gschwend: Behandlung d. Syphilis mit Welander'schen Quecksilbersäckchen. W. m. Bl., 13.
Guiata et Valvassori Peroni: L'hémoglobinurie paroxysmatique. Périer's A., Jan.
Gumpertz: Tabische Symptome bei hered.-syphilit. Kindern. N. C., 17.
Haberhauff: Syph. gravis. Speyer & Kaerner, Freiburg.
Haenel: Syphilis des Centralnervensystems. A. f. Ps., Bd. 33, H. 2.
Hagedorn: Die Syphilis des Warzenteiles. Auszug aus der Monographie des Verf.'s: „Ursachen und Folgen der Erkrankung des Warzenteiles und ihre Behandlung“. Sammlung zwangloser Abh. a. d Gebiet der Nasen-, Ohren-, Mund- u. Halskrankheiten. Herausgeg. von Dr. Bresgen. Carl Marhold, Halle a. S.
Hall: Syphilitic Fibro-Spongioid Osteitis. L, 30. Juni.
Hallopeau: Sur les troubles de pigmentation et de vascularisation que provoquent fréquemment à leur périphérie les syphilides secondaires. A. d. D. et de S., 5.
— et Emery: Quatrième note sur un cas de syphilis anormale. A. de D. et de S., 3.
— et Lemierre: Contribution à l'étude du chancre simple chez la femme A. d. D. et de S, 4.
Halpern: Indicationen zur Wiederholung der antisyphilitischen Behandlung. Medycyna, 28.
Hansen u. Heiberg: In welchem Alter werden die meisten Syphilisfälle acquirirt und in welchem Alter kommen die meisten Fälle von genereller Parese zum Ausbruch? Hospitals-Tidende, 24.
Haslund: Ueber den extragenitalen Schanker, sowie Häufigkeit u Bedeutung für den Verlauf der Syphilis. Hospitals Tidende 99, 3—5.
— Reinfection bei Syphilis. Hospitals-Tidende, 23
Heermann: Syphilis u. Gehörorgan. C. Marhold, Halle a. S.

Heiberg: Einige Bemerkungen über die der Tabes dorsal. vorausgehende Syphilis. Hospitals Tidende 99, 39.
Heller: Syphilis der Zungentonsille. B. k. W., 9
Herbout: Valeur diagnostique des stigmates ophthalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire. Pariser These, Jouve et Boyer.
Herscher: Leuco-atrophies cutanées et chéloïdes consécutives à des syphilides. Syphilide tuberculeuse lupiforme de la face. A. de D. et de S. 99, 12.
Hirschlaff: Lichen syphiliticus. D. C., Jan.
Höfler: Methode der Quecksilber-Einreibungskuren im Bade Tölz. Unna's M.-H, Dec. 99.
Huber: Drei Fälle von tertiärer Lues. U. m. Pr.. 18—19.
Hügel und Holzhauser: Syphilisimpfungen am Tiere. Pick's A., Bd. 51, H. 2.
Jardine: Treatment of Puerperal Eclampsia by Diuretic Infusions. B. M. J., 26. Mai.
Jessner: Compendium der Hautkrankheiten einschließl. der Syphilide und einer kurzen Cosmetik für Studirende und Aerzte. Zweite vollständig umgearbeitete und sehr erweiterte Aufl. Thomas & Oppermann, Königsberg i. Pr.
Jordan: Fall von Narbenkeloid nach Syphilis. M. O. (russ.), April.
Jullien: Descendenz der Hereditärsyphilitischen. W. m. Pr, 46.
Kaposi. Löwenbach: Interessante Syphilisfälle. Demonstrationen in der Wiener dermatologischen Gesellschaft am 9 Mai.
Katz: Die Sprache des Kindes als Zeichen heredit. Syph Wratsch, 37.
Keppich: Ueber Beh. der Syphilis mit Pulvis cinereus P m -ch Pr., 14.
Knopf und Marcuse: Casuistische Beiträge zur Pathologie u. Therapie der Syphilis und Hautkrankheiten. A M. C.-Z, 54 ff.
Köbner: Zwei Fälle von syphilitischer Primär-Affection mit abnormem Sitz. D. m. W., 14.
Kobylin: Natürliche Schwefelbäder in der Syphilistherapie. Podwyssotzky's A., November 99.
Koenig: On Pupillary Anomalies in Paralysed and Non-paralysed Idiot Children, and their Relation to Heriditary Syphilis. J. of Ment. Sc., Juli.
-- Lues als ätiologisches Moment bei cerebraler Kinderlähmung. N. C., Jahrg 19, H. 7.
Kohan: Beitrag zur Therapie der Syphilis mittels des Jodquecksilberhämol. D. Pr. 99, No. 16, 17 u. 18, S.-A.
Kohlbrugge: Syphilis in d. Tropen. Mense's A, 4.
Kopczynski: Symptomatologie und pathologische Anatomie d Gehirnsyphilis. Sogen. luetische Pseudoparalyse. Medycyna 99, 48.
Krulle: Ulcus molle und Bubo. B. k. W., 45 u. D. m Pr., 22.
Kutner: Neue Methode d. Syphilisbehandlung d. Inhalation. B. k. W., 2.
Lang: Syphiliscontagium u. Syphilistherapie. W. m. W., 23 ff.
Lapowski: Syphilis-Behandlung. G. l. (poln.), 27.
Lazarus-Barlow: A Case of Gummata in the Heart Wall. B. M. J, 4. November 99.
Ledermann: Pflege u. Lebensweise syphilitisch Inficirter. Z. f. K., 7.
Legueu: De l'hypertrophie prostatique. Pr. méd., 80.
Lereboullet: Stomatite mercurielle grave chez un saturnin atteint de parotidite. G. hebd., 7.
Lesser: Geschichte und allgemeine Pathologie der Syphilis. B. k. W., 44.
Leszynsky: Syphilis of the nervous System, and the Use and Abouse of Mercury and Jodine in its Treatment. M. R., 6. Januar.
Lipschitz: Syphilis unter der Landbevölkerung i. Gouvernement Minsk. Jeschenedelnik, 9.
Löwenberg: Syphil. haemorrhagica neonatorum. P. m. W., 27.
Long: Contribution à l'étude des scléroses de la moelle épinière. Thèse de Genève 99.
Lubet-Barbon et Furet: Diagnostic de la sinusite maxillaire avec la syphilis gommeuse du sinus. P. méd., 55.
Lublinski: Syphilis der Zungentonsille. D. m. W., 14.

Malherbe: Syphilis post-conceptionnelle. J. de méd. de Paris, 2.
— Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de bichlorure de mercure à doses rares et intensives. Gazette méd. de Nantes 99.
Marcuse: Syphilis der Leber. W. m. W., 47.
Matzenauer: Ueber den Wert der Excision des syphilitischen Primäraffectes. W. k. W. 99, No. 44.
— Ausfall der regionären Lymphdrüsen-Schwellung nach Excision des syphilitischen Primäraffectes. Pick's A., Bd. LII, H. 3.
— Wann wird Syphilis constitutionell? Pick's A., Bd. LII, H. 3.
— Behandl. chronischer Dermatosen u. Syphilisformen mit den Thermalquellen von Ilidze. W. m. W., 40.
Mense: Syphilis u. venerische Krankheiten in den neu der Cultur erschlossenen Ländern, besonders in Afrika. Mense's A., Bd. 4, H. 2.
Mesnard: Einige Fälle von Syphilis des Rückenmarkes. A. W. M. Z., 28 und 29.
Mibelli: Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker. Unna's M.-H., Bd. 30, H. 9.
Moncorvo: Sur un cas de malformations congénitales multiples du coeur d'origine vraisemblablement hérédo-syphilitique. A. de D. et de S., 5.
Müller: Oertliche Behandlung der Syphilis ulcerosa. Th. M.-H., 9.
Nebelthau: Syphilis des Centralnervensystems mit centraler Gliose u. Höhlenbildung im Rückenmark. D. Z. f. N., Bd. 16, H. 3 und 4.
Neumann: Ein Fall von extragenitalem syphilitischen Primäraffect am Finger. W. k. W. 99, No. 44.
Nobl: Fall von großknotiger Gummabildung in der Zunge. W. k. W. 99, No. 47.
— Neumann und Kaposi: Interessante Syphilisfälle. W. k. W. 99, No. 6.
Nonne: Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis bei einem 12jährigen Kinde. A. W. M. Z., 1.
Oberndorfer: Viscerale Form der congenitalen Syphilis mit specieller Berücksichtigung des Magendarmcanals. Virchow's A., Band 159, Heft 2.
— Lebersyphilis. Ziegler's Cbl., Bd. 11, H. 5.
Oliver: Gumma of the Iris and Ciliary Body. A. J. of M. Sc., April.
Parodi: Bobon syphilitique ramolli. E. méd., 46.
— Fall von Fehlen der linken Niere. R. Accademia medica di Genova.
Pebart: Continuirliches Fieber syphilitischen Ursprungs. Wratsch, 20.
Peppmüller: Ergänzung zu „Epibulbärer syphilitisch. Pseudotumor von typisch tuberculöser Strictur". Graefe's A., Bd. 50, Abt. 3.
Persijanow: Ein Fall von spätem Auftreten von hereditärer Syphilis. Wratsch, 18.
Peters: Rückenmarkserkrankungen bei hered. Syphilis. Podwyssotski's A., August.
de Péters: Maladies de la moelle épinière chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle hérédo-syphilitiques. R. de med., 8.
Phillips and Yonge: Acute Phagedena of the Nose, Eye and Face in a Syphilitic Subject. P., Juni.
Piccardi: Sull' assorbimento del mercurio attraverso la pelle. Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle 1898, pag. 364.
Poljakoff: Fall von milchweißem Ascites bei syphilitischer Lebercirrhose. B. k. W., 1 und M. O. (russ.), December 99.
Popow: Zwei Fälle von Syphilis des Rückenmarks. Wratsch, 15.
Portucalis: Syphilis et Tuberculose. Z. f. T. u. H., Bd. 1, H. 2.
Pospelow: Affectionen der inneren Organe bei secundärer Syphilis. W. M. J. 99, H. 9.
— Syphilis des Enkelkindes. Wratsch, 31.
Prager: Syphilis und Prostitution, deren Gefahren und Bekämpfung. Strauch, Leipzig.
Ravenel: Transmission of Syphilis to Calves. J. of C. M., 5.
Raymond: Paralysie générale juvénile ou syphilis cérébrale. S. méd., 3.

Reber: Syphilis. Correspondenzbl. f. Schw. Ae., 16.
Renault: Syphilide pigmentaire. Pr. méd., No. 3.
— Embolies capillaires à la suite d'une injection de calomel. Pr. med., 23. December.
Ritter: Beitrag zur Diagnose und Therapie syphilitischer Affectionen der Mundhöhle und der Kieferknochen. W. z. M., 99.
Robinson: Diagnosis and Treatment of Syphilis. Du. J. of M. Sc., Sept.
Rona: Ein Fall von Myositis gummosa. U. m. Pr., No. 4.
— Ein Fall von Syphilid mit Localisirung auf tätowirten und lupösen Stellen. Ibidem.
Rosenberg: Beitrag zur Symptomatologie der tertiären Syphilis. B. k. W. 99, No. 51.
Rosenthal: Ueber Erkrankungen des Herzens im Verlauf der Syphilis und Gonorrhoe. B. k. W., No. 47.
Roth: Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäckchen, Aufnahme d. Quecksilbers dabei. P. m.-ch. Pr., 1.
Saenger: Ist die Quecksilber-Einreibungskur eigentlich Quecksilbereinatmungskur? D. C., 10.
Scheib: Syphilis mit gummöser Affection des Magens und Darmes, sowie d. Lungen bei einem 51jähr. Manne. Pr. m. W., 45.
Schreiber: Zwei Fälle von syphilitischen Papeln der Conjunctiva bulbi. W. m. Pr., 28.
Schüller: Aetiologie der Syphilis. Cbl. f. B., I, Bd. 27, H. 14 15.
Schuchardt: Ueber die bei Carcinom, Lues und Tuberculose eintretende Schrumpfung des Mastdarms und Colon und ihre Bedeutung f. d. Exstirpation pelviner Dickdarmabschnitte. Langenbeck's A., Bd. 61, H. 2.
Schulze: Idiosynkrasie gegen Anwendung von Hydrargyrum-Präparaten. Unna's M.-H., Bd. 30, H. 5.
Schuster: Behandl. mittels Quecksilber-Säckchen und Mercolint. Pick's A., Bd. 51, H. 3.
— Einreibungskuren u. Badekuren. W. m. Pr., 38.
Seldowitsch: Ulcus molle des Mastdarms. Wratsch, 24.
Selenski: Fall von ungewöhnlich frühzeitigem Zahndurchbruch bei einem syphilit. Kinde. Jeschenedelnik, 40.
Seligson: Aetiologie der tertiären Syphilis nach Fournier. A. M. C.-Z., 5.
Shaw-Mackenzie: The Syphilitic Factor in the Diseases of Women. B. M. J., 14. October 99.
Shillitoe: Case of Syphilis Terminating in Death. A. of S., Juli.
Silberstein: Resorbin-Quecksilber, ein Ersatzmittel der grauen Salbe. W. m. W., 8.
Singer: Framboesia syphilitica an der Ohrmuschel. W. k. W., No. 14.
Sobolewski: Zur Bekämpfung der Syphilis im Militär. W. M. J. 99. H. 7.
Sourdille: Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire. A. d'opht., März.
Sowinski: Affection des Samenstranges und der Nebenhoden im gummös. Syphilisstadium. Wratsch 99, 48.
Spengler: Zur Diagn. geschlossener Lungentuberculose, der Secundärinfection, tuberculöser und syphilitischer Phthise. H. Richter, Davos.
Stark: Hochgradige Idiosynkrasie gegen Injectionen mit Hydrarg. salicyl. Unna's M.-H., Bd 30. H. 5.
Stern: Initialsclerose am Halse. Pick's A., Bd. 52, H. 1.
Ströhmberg: Symptome der sogen. Latenz der Syphilis. P. m. W., 40.
Struppler: Pathologie der Gehirn- und Rückenmarksyphilis. M. m. W. 99, 49.
Sybel: Casuistischer Beitrag zur Syphilis der Extremitäten. Ziegler's Beiträge, Bd. 21, H. 1.
Tarnowski: Heilbarkeit d. Syphilis. Podwissotski's Archiv, Januar.
Timme: Ein Fall von syphilitischer Erb'scher Paralyse. Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku 99.
Tschiriew: Behandlung d. Syphilis u. d. Tabes postsyphilitica. D. Z., Bd 7, H. 1.
Violett: Mastoidites syphilitiques. G. d. h., 11. September.
Waelsch: Injectionsbehandlung der Bubonen mit physiol. Kochsalzlösung. Pick's A., Bd. 54, Heft 1.

Ward: On the rational Treatment of Syphilis. B. M. J., 21. Oct. 99.
Wehmer: Rückblicke a. d. internat. Syphilisconferenz in Brüssel vom 4.– 8. Sept. 99. Spiess-Pistor'sche V.-J., Bd 32, H. 2.
Welander: Behandlung mit Quecksilbersäckchen. Pick's A., Bd.54, H.1.
Wermann: Luetische Struma. B. k W., 6.
Winkler: Kritische Bemerkungen zur Syphilisbeh. Ziegelroth's A., 7.
Wolff: Syphilitische Papel der Augapfelschleimhaut. B. k. W., 3.
Wolfson: Syphilisbehandlung nach Welander. Wratsch 99, 47.
Ziegelroth: Luestherapie Ziegelroth's A., 8.
– Schwere Erkrankungen d. Nervensystems nach Quecksilber-Kuren. Ziegelroth's A, 8.
— Antikritische Bemerkungen zur Syphilis-Behandlung. Ziegelroth's A., 7.

V. Penis und Präputium.

Gerulanos: Dermoiden des Penis. D. Z. f. Ch., Bd. 55, H. 3 u. 4.
Hill: Ein Fall von Priapismus geheilt durch große Salophendosen. Denver Medical Times, November 99.
Horovitz: Cavernitis und Lymphangioitis Penis. W. m. Bl., 10.
Küttner: Peniscarcinom und seine Verbreitung auf dem Lymphwege. Bruns' Beiträge Bd XXVI, H. 1.
Legrain: La flore microbienne du smegma. Guyon's Annalen, 7.
Louis: Ein Fall von Lithiasis des Präputiums La Grèce méd. 99, 7.
Lucas: Penisamputation. Cbl. f. Ch., 1.
Merle: Contribution à l'étude de l'induration du corps caverneux et des os du pénis. Toulouser These, Juli 99.
Neumann: Tuberculose und rituelle Circumcision. D. M.-Z., 45 und W. m. Pr., 13.
Weinlechner: Fall von Strangulation des Penis. W. k. W., 24.

VI. Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Bardier: L'électrolyse dans le traitement des rétrécissem. de l'urèthre. Lyon médical 99, 50 ff.
Bennett: Management of Stricture of the Urethra. P., Juni.
Bókay: Harnröhren-Divertikel bei Knaben. J. f. K., 3. Folge, Bd 2, Heft 2.
Campelli: Sopra un caso di diverticolo acquisito dell'uretra femminile contenente centosessanta calcoli. Rivista veneta, Mai.
Capellini: Sopra un caso di vegetazioni primitivi dell'urethra dell' uomo (condilomata urethrae). Giorn. ital. delle malattie venereo e della pelle 98, IV, 502.
Cathelin: Calcul diverticulaire sous-uréthral développé autour d'une épingle à chevaux chez une jeune fille de 17 ans; taille uréthrale. Vermorel-Griffons, Bd. 7.
Dommer: Urethrale Faradisationselectroden. W. m. W., 4.
Felton: Urethral Calculi in the Dog. J. of C. M., 4.
Goldberg: Ueber Carcinoma urethrae. Cbl. f. Gyn. 99, No. 44.
Grosglik: Traumatische Ruptur des perinealen Teiles der Harnröhre. Casper-Lohnstein'sche M.-B., V, 6.
Guyon: Indications et technique de l'uréthrotomie externe. P. méd., 99, 100.

Harrison: External Urethrotomy. L, 17. März.
— Results of Sanguinary Intervention in Urethrostenosis. L. M. J., Sept.
Heintze: Fall von Zerreißung der Harnröhre durch Fall auf den Damm. B. k. W., No. 13.
Hottinger: Fall von primärem Urethral-Carcinom. Oberländer's Cbl., Bd. 11, H. 9.
Ingianni: Regeneration der männl. Harnröhre. D. Z. f. Ch., Bd. 54, 3/4.
Kreissl: Technik der operativen Behandlung der Harnröhrenstricturen. Casper-Lohnstein'sche M.-B., V, 3.
Lantos: Fibroma mollusc. urethrae. P. m.-ch. Pr., 18.
Laplanche: Résultats éloignes de l'uréthrostomie péritonéale. Lyoner These, A. Rey.
Lohnstein, H.: Spüldehnungen bei chronischer infiltrirender Urethritis. A. M. C.-Z., 62 und Casper-Lohnstein'sche M.-B., 8.
— Behandlung d. callösen, resilienten Stricturen. B. k. W., 44.
Löw: Doppelbildung der Harnröhre. W. m. W., 28.
Meyer: Erkrankung an der weibl. Harnröhre. A. f. G. 99, Bd. 59, H. 3.
Nicoll: The Treatment of Urethral Stricture. B. M. J.. 21. Oct. 99.
Nicolich: Urethrotomia interna bei Behandl. von Harnröhrenstricturen. W. m Pr 99, 50.
Oberländer: Carcinoma urethrae. Oberländer's Cbl., Bd. 11, H. 9.
Poncet: Resultats éloignés de l'uréthrostomie périnéale. Lyon médical 99, No. 31.
— et Delore: Uréthrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urèthre. Guyon's A., 6.
Pouly: Rétrécissement de l'urèthre et poche urineuse indolente. Lyon médical 99, 560.
Schenk u. Austerlitz: Bacteriengehalt der Harnröhre. W. k. W., 19.
Sprecher: Sulla distribuzione del tessuto elastico nell' urethra umana. A. A, Bd. 18, H. 1.
Tédenat: Des fistules uréthrorectales. Guyon's Annalen, 5.
Wassiliew: Traumen d. männlichen Harnröhre. Hirschwald, Berlin.
Wwdenski: Urethrotomia externa nach Morris M. O. (russ.), Mai.
Zembrzuski: Resultate der Urethrotomie nach Maisonneuve. Medycyna, 39.

VII. Prostata und Samenblasen.

Adenot: Myome de la prostate; prostatectomie. Lyon médical 99, No. 34.
Alglave: Hémorrhagies dues à une fausse voute dans la prostate traitées et guéries par la sonde à dèmeure et par l'aspiration des caillots. Guyon's Annalen, 6.
Bergeron-Guépin: La pathogénie et les causes de l'hypertrophie sénile de la prostate. R de ch., I, 128
Bissell: Relief of Prostatic Enlargement M. R, 10. November.
Bottini: L'iscuria prostatica. Biblioteca della Clinica Moderna, Firenze.
Carrel: Cystostomie d'urgence pour des accidents infectieux aigus chez un prostatique. Lyon médical 99, No. 19.
Clarke: Prostatectomy in two Stages. B. M. J, 20. October.
Delore: Meat hypogastrique avec survie de 11 mois chez un cancéreux prostatique. G. hebd., 27.
Desnos: Influence de la résection des veines spermatiques sur la dysurie des prostatiques. Guyon's Annalen, Januar.
Engelhardt: Casuistik der Prostata-Carcinome. Virchow's A., Bd. 158, H. 3, 99.
Freudenberg: Galvanocaustische Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie per vias naturales. (Bottini'sche Operation.) D. m. Z., 1 ff.

Freudenberg: Statistik der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie Oberländer's Cbl., Bd 11, Heft 10.
— Bottini'sche Operation bei Prostata-Hypertrophie. Langenbeck's A., 61, 4.
— Resultate der Bottini'schen Operation bei Prostatahypertrophie. W. k. R., 46.
Freyer: New Method of Performing Perineal Prostatectomy. B. M. J., 24. März.
Frisch: Die Krankheiten der Prostata Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofrat Prof. Nothnagel. Alfred Holder, Wien 99.
Gabszewicz: Calculus prostatae. G. l. (poln.) 99, 50.
Gosset et Proust: Prostatectomie périnéale. Guyon's Annalen, Jan.
Guiard: Traitement d. suppurations prostatiques par la ponction au trocart à travers la paroi rectale, suivie de lavages antiseptiques. J. de méd. de Paris, 1.
Harrison: Vasectomy of Obliterations of the Seminal Ducts relative to Hypertrophy of the Prostate and Bladder Atony. L., 14. Juli.
— Vasectomy relative to Enlarged Prostate and Bladder Atony. L., 5. Mai.
Hottinger: Catheterismus b. einigen Formen prostatischer Harn-Verhaltung und Kathetersterilisation. Correspbl. f. Schw. Ae., 13 ff.
Ivanoff: Fonctions des vésicules seminales et de la prostate. P. méd., 41.
Jackson: Treatment of Hypertrophied Prostate by Vasectomy. Ed. M. J., Bd. 7, H. 2.
Keyes: Prostatic Atrophy after Castration. M. R., 3, Bd. 58.
Kornfeld: Krankenpflege bei Prostataleiden. Z. f. K., April und W. m. Bl., 8.
Krösing: Ueber die Beteiligung der Prostata am gonorrhoischen Proceß. B. k. W., 99, No. 40.
Kudinzew: Resection der Vasa deferentia bei seniler Prostatahypertrophie. Wratsch 25.
Lohnstein, H.: Menge des Prostatasecrets bei chronischer Prostatitis. A. M. C.-Z., 22.
— Pathologie und Therapie der Erkrankungen der Prostata. A. M. C.-Z., 94.
Melchior: Beobachtungen über Prostatitis. Casper-Lohnstein'sche M.-B., Bd. 5, H. 1.
Meyer: Bottini's Operation for the Cure of Prostatic Hypertrophy. M. R., 12. Mai.
Mincer: Prostatahypertrophie. G. l. (poln.) 46.
Mynter: Treatment of Prostatic Hypertrophy. Bu. M.-J., 1.
— Technique of Prostatectomy; Report of Case. A. of S., Part 94.
Nicolich: Operazione del Bottini nell'iscuria prodotta dalla prostata ipertrofica. G. M. L., 38.
Oberländer: Prostataverletzungen durch Unfall. Oberländer's Cbl., Bd. XI, H. 1.
Pinsau: Du cathétérisme de l'urèthre chez les prostatiques. Pariser These, 354. Imp. de la faculté, rue Madame.
Proust: Prostatectomie périnéale totale. Pariser These, Steinheil.
Reliquet: Etiol. de l'hypertrophie sénile de la prostate. Pariser These, Vigot frères.
Reyr: De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses. Pariser These, Carré et Naud.
Routier: Abcès chauds de la prostate. P. méd., 13.
Thomas: Suprapubic Lithotomy in Old Men with Enlarged Prostate. L., 9. Juni.
Wood: Results of Castration and Vasectomy in Hypertrophy of Prostate Gland. A. of S., P. 93.

VIII. Hoden und Nebenhoden.

Albert: Gegen die Castration bei Tuberculose des Nebenhodens. Th. d. G., Januar.
Andre: Castration of Cryptorchids. J. of C. M, 8.
Baudet et Duval: Extirpation des vésicales séminales et canaux déférents par voie inguinale. Vermorel-Griffons, Bd. 7.
Baumgarten: Pathogenese u. Histologie der Hodentuberculose. W. m. W., 44.
Bender: Kyste volumineaux para-épididymaire. Vermorel-Griffons, Bd 7.
Berger: Traitement de la tuberculose testiculaire. R. de ch., Mai 99.
Binda: Ernia scrotale bilaterale voluminosissima. M, I, 6
Bochory: Tumeurs du testicule. Pariser These, 385, Jouve et Boyer.
Borgstede: Fall von Leistenhoden. Speyer & Kaerner, Freiburg, 99.
Brault: Excision postérolatérale du scrotum combinée avec la résection des veines dans les varicocèles compliqués. Reclus' Bulletins, 23.
Broca: Lymphangite gangréneuse du scrotum chez l'enfant. G. hebd., 29.
Broman: Bau und Entwicklung der Spermien von Bombinator igneus. A A., XVII, H. 6 u. 7.
Chalon: Orchide typhoïdique. Pariser These, Jouve et Boyer.
Chrzelitzer: Behandlung d Epididymitis gonorrhoica. Th. M.-H., Februar.
Dawydow: Florence'sche Reaction z. Diagn. d. Samenfäden. Wratsch, 16.
Delbet: Tuberculose des testicules. Castration double. Guérison. Petite récidive déférentielle. Guyon's A., September.
Dowd: Spermatocele. Bu. M. J., December 99.
Englisch: Traumat Entzündung des Samenleiters. A W. M. Z., 16.
Étourneau: Varicocèle et son traitement. A de méd. nav., Febr.
Frankl: Lehre vom Descensus testiculorum. Gerold's Sohn, Wien.
Gemmill: Vitality of Ova and Spermatozoa of certain animals. J. of A. and Ph., Bd 14, Januar.
Grassl: Casuistik der Entstehung der Hodensarcome. Friedreich's Bl., September und October.
Guillon: De l'utilité de la dilatation dans certains cas d'orchi-épididymite J. de méd. de Paris, 46.
Hutchinson: Excision of Right Vas Deferens and Vesicula Seminalis for Secundary Tubercular Disease. A. of S., Part. 94.
Illyés: Behandlung der Hydrocele und das Winkelmann'sche Verfahren. U. m. Pr., 11—12.
Ivanoff: Fonction des vésicules séminales et de la glande prostatique. J de Phys., Bd. 2, H. 1.
Janssens: Rapprochements entre les cinèses polliniques et les cinèses sexuelles dans le testicule des tritons. A. A, Bd. XVII, H. 24 25.
Kaeppelin: Testicule cancéreux en ectopie abdominale. Lyon médical 99, 537.
Hehrer: Eigenartiger Fall von Azoospermie. M. m. W, 36.
Landau: Sarcom des Hodens bei einem Kinde. K.-th. W., 2.
Lanz: Castration oder Resection des Nebenhodens b. Epididymitis tuberculosa? D. Z. f. Ch., Bd. 55, H. 5 und 6.
Leguen: De l'inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle. R de ch. 99, XI, 601.
Lewy: Charcot-Leyden'sche Krystalle u. Spermakrystalle. B. k. W., 33.
Loisel: Le noyau dans la division directe des spermatogonies. C. r., Bd LII, H. 4.
Makuna: Haemato-Chondro-Sarcoma of Right Scrotum; Castration; Recurrent Tumours. L, 16. 12. 99.
Mari: Spermauntersuchung nach Florence. Podwyssotski's A, Juli.
Minin: Excision beider Hoden wegen Tuberculose. Wratsch, 40.
Moxter: Specifisches Immunserum gegen Spermatozoen. D. m. W., 4.

v. Moschcowitz: Treatment of Tuberculosis of Testis. M. R., 15. September.
Narath: Radicaloperation der Varicocele W. k. W., 4.
Neumann: Trockenpräparate von Spermatozoen. Virchow's A., Bd. 159, H. 1.
Niessing: Spermatogenese. A. A., Bd. 18, H. 1.
Ostermayer: Zwei Fälle von Repositionen en bloc b. Scrotalhernien. W. m. W., 26.
Paladino-Blandini: La tuberculose de l'épididyme dans ses rapports avec le mode de propagation des micro-organismes le long des voies de l'appareil urogénital. Guyon's Annalen, October.
Porosz: Ther. der abnormen Samenentleerungen. P. m-ch. Pr., 15.
Regaud: Certaines différenciations chromatiques observées dans le noyau des spermatocytes du rat. C. r., 25.
Rieger: Die Castration in rechtlicher, socialer und vitaler Hinsicht betrachtet. G. Fischer, Jena.
Roger: Traitement de l'orchi-épididymite blennorrhagique. Par. These.
Routier: Cryptorchidie intra-abdominale. Reclus' Bulletins, 23.
Sénat: Tissu conjonctif du testicule. Lyoner These, A. Rey.
Southam: Double Castration for Tuberculosis of the Testes. B. M. J., 21. April.
Spiegelhauer: Behandl. d. gonorrhoischen Epididymitis. Unna's M. H., Bd. 30, H. 8
Trouessart: Faux parasitisme d'une espèce de sarcoptide détriticole dans un kyste du testicule chez l'homme. C r., 27.
Turner: Supernumerous Testis. L., 21. Juli.
Young: Suprapubic Retrocystic Extraperitoneal Resection of Seminal Vesicles, Vasa Deferentia and Half of Bladder. A of S., Part. 94.

IX. Blase.

Albertin: Résection du nerf honteux interne dans la cystite douloureuse. R. d. ch. 99, XII, 767.
Alglave: Extraction par l'urèthre d'un corps étranger mou et flottant de la vessie. Guyon's Annalen, 6.
Anschütz: Heilung d. angeborenen Blasenspalte durch Plastik aus dem Dünndarm. Langenbeck's A., 61, 4.
Assendelft: 630 stationär behandelte Steinkranke. Langenbeck's A. 99, Bd. 60, H. 3.
Auerbach: Behandlung der Blasenneurosen. Leyden-Goldscheider's Z., Bd. IV, H. 3.
Baratinski: Indicationen zur Harnblasennaht bei Sectio alta. Letopis russkoi chirurgii.
Barbiani: La lavatura della vescica in rapporto all'assorbimento. Gamberini Parmeggiani, Bologna.
Bouoff: Cysto-uréthro-anastomose et cysto-uréthroplastique. Lyoner These, A. Rey.
Beck: Aseptic Catheterism. M. N., 6 Januar.
Beneke: Fall von Osteoid-Chondrosarcom d. Harnblase. Virchow's A., Bd. 161, H. 1.
Berg: Surgical Treatment of Exstrophy of Urinary Bladder. B. M J., 10. October
Bernhard: Blasenhernien u. Blasenverletzungen. Correspbl. f. Schw. Ae. 99, Jahrg 29, No 23.
Bierhoff: Cystitis papillomatosa. M. N., 21.
— Fall von Vessie à colonnes, mit Divertikelbild. b. d. Frau. D C., Mai.
Braquehaye: Traitement d'une fistule vésico-vaginale. Pr. méd. 99, No. 43.
Brisson: Cystoscopie expérimentale sur vessies fantomes. Guyon's A., 6.
Brown: Cystitis due to Typhoid Bacillus Introduced by Catheter in a Patient Not Having Typhoid Fever. M. R., 13. März

Bruck: Nächtliche Enurese u. deren Behandlung. Konegen, Leipzig.
Cabot: Personal Experience in Operations for Stone in the Bladder. B of H H., 110
Carbonell y Solés: Cistitis tuberculosa concepto clinico y tratamiento de la misma. Solares' A., Juni.
Carlier: La suture totale de la vessie après la taille hypogastriques. E méd., 45.
— Traitement des calculs de la vessie chez l'enfant. Les avantages de la lithotritie. E. mèd , 1.
Carrel: Invagination congénitale de la vessie dans l'uretère droit. Lyon médical 99, 19.
Casper: Tuberculose der Harnblase. M. O. (russ.), Juli und D. m. W., No 41.
Chiaventone: Greffe extrapéritonéale d'un uretère sur la vessie au moyen d'un bouton anastomotique modifié pour le traitement d'une fistule urétérale avec graves altérations fonctionelles du rein. Guyon's Annalen, No. 5.
Coates: Calculus in the Bladder with a Flexible Catheter as a Nucleus: Suprapubic Lithotomy. B M. J., 10. November.
Cohnheim: Enorme Blasenerweiterung mit vorwiegend dyspeptischen Symptomen. A M. C.-Z., 33.
van Colear: De aetiologie der infectieuse cystitis. Weekblad van het Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde, 16. December 99.
Consins: Injuries of Bladder Occurring in the Course of Gynaecological Operations. B. M J., 19. Mai.
Czyhlarz und Marburg: Ueber cerebrale Blasenstörungen. W. k. R., 47.
Dabrowski: Harnblasenectopie. G. l. (poln), 3.
Damage: Cystotomie précoce comme traitement curatif de la tuberculose vésicale. Lyoner These, A. Rey.
Delore: Enorme calcul vésical d'oxalate de chaux avec perforation de la vessie. G. de h., 30.
— Cystotomie suspubienne datant de six ans. G. d. h., 40.
Deutsch und Lang: Das Lang'sche Spülcystoskop. Oberländer's Cbl., Bd. XI, H. 7.
Dommer: Vorsichtsmaßregeln beim Selbst-Katheterismus. Seitz und Schauer, München.
Duchastelet: Du cathéterisme à la suite pour l'introduction des instruments de la lithotritie. Ann. des gén.-urin. 99, No. 7.
— Un cas de lithotritie pratiqué sans éveiller la sensibilité vésicale sous la seule action d'un lavement d'antipyrine. Ann. des mal. gén.-urin. 99, No. 7 u. 8.
Dzirne: Primäre Harnblasennaht b. Sectio alta. Wratsch, 29.
Eastman: Operation for Exstrophy of Bladder by Sonnenberg's Method. J. of A. M. A., No. 17.
Eccles: Disposition of Utero-Vesical Pouch of Peritoneum in Cases of Distension of Vagina and Uterus. B. M. J., 3. Februar.
Enderlen: Experimentelle Harnblasenplastik. D. Z f. Ch., Bd. 55, H. 5 und 6.
— Transplantation des Netzes auf Blasendefecte. D. Z. f Ch., Bd. 55, H. 1 und 2.
Fabre: Déformations du corps vésical dans l'hypertrophie prostatique. Lyoner These, A. Rey.
Frank: Blasen-Mastdarmanastomose mittels des resorbirbaren Knopfes. D Z. f. Ch., 3 u. 4.
— Vesicorectal Anastomosis. J. of A. M. A., 19 ff.
Gantkowski: Traumatische Rupturen der Harnblase. Nowiny Lekarskie, 12.
Garrigues: Fötale Blase bei einer 45jährigen Frau. N.-Y. m. M., November.
Genouville: Technique de la lithotritie. Ann. des mal. gén.-urin. 99, No. 6 ff.
Goldberg: Urotropin bei Cystitis. Cbl. f. M., 28.
Golischewsky: Naht der Harnblase. Langenbeck's A 99, Bd. 60, H. 3.
Graubner: Operative Behandlung der Blasenspalte. P. m. W , 36.
Grosglik: Nachbehandlung der Lithotripsie. Casper-Lohnstein'sche M.-B., H. 2.

Grypiotis: Ruptures extrapéritonéales de la vessie. Lyoner These, Silland.
Guépin: Deux volumineux calculs uriques de la vessie. P. méd., 16.
Guiteras: Causes, Diagnosis and Treatment of Cystitis. M. N., 7. April.
Guyon et Moreau: Technique illustrée de la lithotritie. Guyon's Annalen, 7
Halban: Paracystitis in Folge eines Fremdkörpers in der Blase. Cbl. für Gyn., No. 14.
Halpern: Cystitis bei 12jährigem Kinde. Medycyna 20 und Pick's A., Bd. 52, Heft 1.
Herczl: Fall von Ectopia vesicae. Demonstration in der Ungarischen Gesellsch. d. Aerzte. 10. Juni 1899.
Hersley: Vesico-Urethro-Vaginal Fistula. A. of S, Januar.
Hock: Enuresis und Diabetes insipidus. Pr. m. W., 27.
Holme Wiggin: Ueber gelegentliche Verletzung der Harnblase. Cbl. f. Gyn. 99, No. 50.
Hue: Deux cas de grossesses extra-utérines ouvertes dans la vessie. Cystostomie sus-pubienne. R. de ch., August 99.
Jurgin: Zur Diagnostik der traumatischen Harnblasenrupturen. W. S. (russ)., 17—18, 99.
Kalischer: Die Urogenitalmusculatur des Dammes mit besonderer Berücksichtigung des Harnblasenverschlusses. S. Karger, Berlin:
Kelly: Neue Operationsmethode d. Blasenscheidenfisteln. F., Januar.
Knorr: „Irritable bladder“ bei der Frau. M. f. G. u G., Bd. XI, H. 6.
Kolischer: Retrostricturales Oedem der weiblichen Blase. Cbl. f. Gyn., 17.
Kopsch: Homologie und phylogenetische Bedeutung der Kupffer'schen Blase. A. A., Bd. XVII, H. 24/25.
Kriwsky: Bauchblasen-Schambeinspalte mit Verdrehung der unteren Extremitäten. M. f. G. u. G., XI, 5.
Labray: Rétention dans les cystites. Pariser These, Maloine.
Lackie: Suppression of Urine following Cystitis. Ed. M. J., Aug.
Laffargue: Calculs vésicaux chez la femme. Pariser These, Jouve et Boyer.
Laisné: Urétéro-cystonéostomie et traitement des fistules urétéro-vaginales. Pariser These, Jouve et Boyer.
Langlois: La sonde vésicale à demeure. Guyon's Annalen, 6.
Langner: Entfernung eines Occlusiv-Pessars aus der weibl. Blase. Demonstration in der Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gynäkol. zu Berlin.
Lewis: Exstrophy of Bladder, Operative Treatment of that Condition. A. of S., Juni.
Lisianski: Sectio alta. 50 neue Fälle. Wratsch, 6.
Lobstein: Blasenstein-Operationen der Czerny'schen Klinik aus den letzten 20 Jahren. Bruns' Beiträge, Bd. 27, H. 1.
Lotheissen: Operat. Beh. d. Blasenectopie. Bruns' Beiträge, Bd. 28, 2.
Loumeau: Blasenstein und Blasentumor-Nierenstein. A. W. M. Z., 35.
Martin: Symptomatologie des eingeklemmten Harnblasenbruches. D. Z. f. Ch., Bd. 54, H. 5 u. 6.
Meyer: Fall von operativer Behandl. von angeborener Harnincontinenz. Wratsch, 8.
Mézard: De la cystite pseudo-membraneuse. Pariser These.
Morelli: Litotrissia e cistotomia. M., I, 6.
Mundell: Operative Relief of Ectopia vesicae. A. of S., Dec 99.
Nové-Josseraud: Exstrophie vésicale opérée d'après la méthode de Maydl. R. de ch., Sept. 99.
Pascal: Fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme et la femme. Pariser These, Steinheil.
Peyer: Harnverhaltung. W. m. Pr., 5.
Pollitzer: Zwei seltene Fälle von Perforation in die Blase. W. k R, 19.
Popper: Störungen der Harn-Entleerung W. m. W., 37.
Popow: Beitrag zur Frage der vollständig schließenden Harnblasennaht bei Sectio alta. Chirurgia.
Pokrowski: Behandlung der Steinkrankheit. Letopis russkoi chirurgii.
Preindlsberger: Ein bosnischer Steinschneider. W. m. Bl. 99, No 44.
— Lithiasis in Bosnien. W. k. R., 46.
Proust u. Heresco: Technique de la lithotritie. Ann. des mal. gén.-urin. 99, No. 8.

Rehfisch: Innervation d. Harnblase. Virchow's A., Bd. 161, H. 3.
Reverdin: Deux cas de fistules vésico-vaginales opérées par la méthode de dédoublement. R. méd., 20.9.
Ricard: Fistule urétro-vesico-vaginale. G d h., 32.
Schlagintweit: Zur Vereinfachung der Cystoskopie. Oberländer's Cbl., Bd 11, H. 3.
Soble: Curettage of Male Bladder for Chronic Cystitis. Bu M J., Juni.
Spassakukotzki: Neue Naht-Methode für vesico-vaginale Fisteln. M. O. (russ.), März.
Steinbüchel: Nabelschnurbruch u. Blasenbauchspalte mit Cloakenbildung von Seiten des Dünndarms. A. f. G, Bd. 60, H. 3.
Taylor: Urinary Calculi Lodged in the Vagina. Case of Suprapubic Lithotomy for a Large Stone. B M. J, 10. November.
v. Tovölgyi: Electrotherapie bei Blasenstörungen auf Grund organ. Nervenleiden. Th. d. G, Juni.
Truzzi: Ueber einen seltenen Fall von Enuresis, durch eine gynäkologische Operation geheilt. Separat-Abdruck aus den Atti della Soc. Ital. di ost e gin., Vol. V.
Vallos: Fistule vésicale consécutive à une hysterectomie abdominale R. de ch. 99, XII. 765.
Vergely: Influence de l'utérus sur la vessie en dehors des néoplasmes et de l'état puerperal. Pariser These, Carré et Naud.
Verhoogen: Zwei Fälle v. beträchtlichen Divertikeln der Blase. A. W M. Z, 1.
Vichard: Ruptures traumatiques intrapéritonéales de la vessie. G. hebd., 2.
Weber: Fall einer großen Blasenfistel, geheilt durch Transplantation von Hautlappen. M. f. G. u. G., 2.
Weinlechner: Fall von mit Sectio alta erfolgreich behandeltem Papillom der Harnblase. W. k. W., 12.
Wendel: Blasengeschwülste. Miculicz-Naunyn'sche Mitteilungen, Bd. 6, H. 1 und 2
Young: Exstrophy of the Bladder Combined with Epispadias. M. N. 1, LXXVII
Zangemeister: Vaginale Cystotomie. C f. Gyn., 15
Ziegenspeck: Zur Therapie des Harnträufelns. Deutsche Aerzte-Zeitung 1899, No. 14.

X. Ureter und Nierenbecken.

Albarran: Néoplasmes primitifs du bassinet et de l'uretère. Guyon's Annalen, 7 ff.
Bazy: Cathétérisme uretéral. P. méd., 46.
Bovee: Critical Survey of Ureteral Implantations. A. of S., Part 92
Boyer: Ureterectomy. J. of A M. A, No 16.
Casper: Fortschritte des Ureterenkatheterismus. M. O (russ.). Oct.
Gibson: Uretero-Vaginal Fistula. Ed. M. J., Aug.
Gosset: Anastomose latérale de l'uretère. G hebd, 32.
Harris: Best Method of Collecting the Urine from Ureters for Diagnostic Purposes. A of S, Part 92.
Katzenstein: Untersuchungen über Kathetersterilisation; Asepsis des Ureterkatheterismus B k. W., 37.
Kelly: Resection and Anastomosis of Divid. Ureter J. of A. M A., 6. Oct.
Kreps: Weitere Beobacht. üb. Ureterkatheterismus. Wratsch 99, 46.
Latzko: Fall von Resection des Ureters und Implantation desselben in die Blase. W. k. W., 23.
Lepage: Rétention d'urine chez le foetus avec perméabilité du canal de l'urètre. Pariser These.
Lester Leonard: Technique of Positive and Negative Diagnosis of Ureteral and Renal Calculi by the Aid of the Roentgen Rays. A. of S., Februar.

Mac Monagle: Management of Surgical Injuries to the Ureters A. J. of M. Sc., Dec. 99.
Martin: Zur Ureterenchirurgie. Vorträge in der gemeinsamen Sitzung der Section für Geburtshilfe und Gynäkologie mit der Section für Chirurgie d. 71. Naturforscher-Versammlung zu München. Nach dem Collectivbericht der Freien Vereinigung der deutschen medicin. Fachpresse.
Mendelsohn: Bau und Function des harnableitenden Apparates. (Nierenbecken und Ureter.) W. K., Nov.-Dez. 99.
Morris: Calculus in the Ureter. L., 16. Dezember 99.
Peterson: Anastomosis of Ureters with Intestine. M. N., 11. August.
Pousson: Valeur du cathéterisme urétéral. Reclus' Bulletins, 27.
Rovsing: Uretersteine. Hospitals-Tidende, 31 - 33.
de Sard: Le cathéterisme cystoscopique des uretères consideré comme moyen de diagnostic. Pariser These, Steinheil.
Schmit: Geheilte Ureter-Vaginalfistel. Verhandl. der geburtshilfl.-gynäkolog. Ges. in Wien. Centralblatt f. Gyn. 99, No. 42.
Stockmann: Therap. Anwendung des Harnleiter-Katheterismus. W. k. R., 44 und A. M. C.-Z., 91—92 und Wratsch, 43.
Stoeckel: Ureterfisteln und Ureterverletzungen. Breitkopf & Härtel, Leipzig.
Suarez: Besichtigung d. Harnleitermündungen. Oberländer'sCbl.,XI,10.
Tuffier: Appareil urinaire, Reins — Uretères — Vessie. Capsules surrénales. Extrait du traité de chirurgie, Tome VII. Masson et Cie., Paris 99.
Wertheim: Demonstration zum Capitel: Ureterenchirurgie. Vorträge in der gemeinsamen Sitzung der Section für Geburtshilfe und Gynäkologie mit der Section für Chirurgie der 71. Naturforscher-Versammlung zu München. Nach dem Collectivbericht der Freien Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse.

XI. Niere.

Achard: Diagnostic de l'insuffisance rénale. S. méd., 31.
— et Clerc: Elimination du bleu de méthylène. Pr. méd., 14.
Albarran: A propos de tuberculose rénale. G. d. M., 64.
— Nouveaux procédés d'exploration appliqués aux diagnostic des calculs du rein. Ann. d. mal. gén.-urin. 99, 7.
Alessandri: Recherches expérimentales sur la ligature des différents vaisseaux du hile du rein dans ses rapports avec la physiologie et la chirurgie du rein. Guyon's A., No. 5.
Alex: Bright's Disease Complicated with Gangrene. B. M. J., 14. April.
Andrews: Reefing Operation for Movable Kidney. J. of A. M. A., 6. October.
d'Arrigo: Alterationen der Nieren b. Lungentuberculose in Beziehung auf den Uebergang des Toxins u. der Tuberkelbacillen. Cbl. f. B., I, Bd. 28, H. 8 und 9.
Aue: Zwei Fälle von Nephrotomie. Jeschenedelnik, 10.
Aufschlager: Weil'sche Krankheit und Stellung der Nierenerkrankung unter ihren Symptomen. J. Suiger, Straßburg.
Axtell: Diuretics in Renal Dropsy. Their Indications and Uses. M. N., 20. Januar.
Bar: Ueber die Entwicklung des sclerotischen Processes in polycystisch degenerirten Nieren und in der Leber. Cbl. f. Gyn. 99, 26.
Bazy: Valeur pronostique du bleu de méthylène. Ann. des mal. gen.-urin. 99, No. 6.
— La néphropexie en hamac (Aufhängen). R. de ch. 99, XII, 743.

Bernard: Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques. Pariser These, Steinlein.
Berton: Tuberculose et lithiase rénales. Essai sur leur diagnostic differentiel. Paris These, Rousset.
Bier: Ursachen d. Herzhypertrophie b. Nierenkrankheiten, M. m. W., 16.
Blumenthal: Beitrag zur Frage des Einflusses des Quecksilbers auf die Nieren. Wratsch, 19.
Bodoni: Del passaggio del bleu di metilene nei reni in varie forme di psicosi. Rivista, December 99.
Braatz: Operative Spaltung der Niere. D. m. W., 10.
Braun: Induratio cyanotica renum. Podwyssotski's Archiv, Februar.
Brindeau und Macé: Ueber congenitale Nierencysten. Cbl. f. Gyn. 99, No 26.
Bronowski: Nierenerkrankungen bei Herzfehlern. G l. (poln.), 39.
Carlier: Nephrectomie sous-capsulaire pour pyonephrose ancienne. R. de ch. 99, XI, 600.
Cassel: Nephritische Albuminurie bei jungen Kindern. B. k W, 10.
Cautwell: Six Nephrectomies. M R., 17. März.
Chatin: De la péricardite brightique, R. de méd., 6.
— et Guinard: Sécrétion interne du rein. Charcot's A., Bd. 12, 2
Chavannaz: Nephrostomie pour anurie compliquant un cancer de l'utérus. R. de chir, Juni 99, 823.
Chazet: Tuberculose rénale avec fistules. Pariser These 374, Jouve et Boyer.
Cloupet: Fonctions rénales à l'aide de la phloridzine. Toulouser These, Saint Cyprien.
Comby: Lithiase rénale chez les nourrissons. Kinderheilk., 20. 9. 99.
Croftan: The Role of the Alloxurie Bases in the Production of the Cardio-Vascular Changes of Nephritis. A. J. of M. Sc., Novbr.
Dandolo: Contributo alla nefrectomia. Rivista veneta, 30. Juni.
Davis: Liver as a Factor in Elimination and in Production of Nephritis M. R., 15. Sept.
Delagénière: Epithélioma cystique d'un rein ectopié, simulant une hydronéphrose; néphrectomie lombaire. R. de chir., August 99. Rapporteur: Picqué.
Delamare: Quelques accidents rénaux. G. d. h, 43
Dolgow: Beitr. zur Frage d. Excision von Nierengewebe Wratsch, 41.
Fenger: Conservative Operations in Renal Retention. L M. J., Sept. u. Casper-Lohnstein'sche M.-B., Nov.
Ferrarini: Proposito della permeabilità renale saggiata col bleu di metilene. C. m., 18.
Février: Remarques à propos d'une observation de calcul du rein. R. de ch. 99, XI, 600.
Friedemann: Veränderungen der kleinen Arterien bei Nierenerkrankungen. Virchow's A., Bd 159, H. 3.
Gaunet: Fonctions hépatiques et rénales dans la tuberculose pulmonaire Lyoner These.
Garfein: Nephritis in d. Schwangerschaft. Gräfe & Unzer, Königsberg.
Gebhard: Niere mit Adenocarcinom, durch Nephrectomie gewonnen. Cbl. f. Gyn., 12
Geiss: 18 Jahre Nierenchirurgie. Marburg, Elwert'sche Verl.-Buchh.
Gerhardt: Blaublindh. b. Schrumpfniere. M. m W., 1.
Godart: Rein mobile et l'entéroptose G. hebd., 14.
Goldflam: Erschütterung d. Nieren. Medycyna, 25.
Goldzieher: Ueber die Anatomie der bei Morbus Brightii vorkommenden Netzhautablösungen. P. m.-ch. Pr, 8.
Gosset: Traitement des rétentions rénales. R. de ch, März.
Greiffenhagen: Gegenwärtiger Stand der Nieren- und Harnleiterchirurgie. P m W., 45.
Guerrini: Influence of Fatigue on the Minute Structure of Kidney and Liver. L, 10. November.
Guyon: L'évolution et le diagnostic des tumeurs cancéreuses du rein. Guyon's Annalen, Jan.
Haag: Nephritis und Larynxödem in Folge von Temperatureinfluß und Staubinhalation als „Unfall beim Betrieb". M. f. U., 9.
Haenel: Nephritis bei Varicellen. Cbl. f. i. M., 19.

Halpern: Reflectorischer Einfluß des chronischen Reizes des Blasenhalses auf die Nieren Medycyna, 11.

Hanusch: Indicationen und Anwendung der Diuretica bei renalem Hydrops. W. m. Bl., 7.

Hensgen: Zwei Fälle von Nierenverletzungen in Folge übermäßiger Muskelcontractionen M. f. U., 10.

Herzog and Lewis: Embryonal Renal Adenosarcoma. A. J. of M. Sc. 6.

Hochenegg: Klinische Bedeutung der Nierendystopie. W. k. W., 1.

Israel: Operationen bei Nieren- und Uretersteinen. Langenbeck's A., Bd. 61, H. 3.

— Ein Fall von primärer Nierenactinomycose. B. k W. 1899, 51.

Job: Néphrite aiguë primitive chez l'enfant. Nancyer These, Crépin-Leblond.

Jurgew: Ueber compensatorische Hypertrophie der Niere. Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku 99.

Kalabin: Veränderungen in der Schleimhaut des Darmes und der Nieren nach Implantation des Harnleiters in den Darm. Cbl. f. Ch. 99, 51

Karvonen: Nierensyphilis. D. Z., Bd. 7, H. 1.

Klippel: Soif pathologique en général et en particulier de la soif brightique Duplay's A., April

Koblanck und Pforte: Hydronephrose mit chylus-ähnlichem Inhalt und eigenartiger Wand. Virchow's A., Bd. 161, H 1.

Köhler: Stickstoffausscheidung und Diaphorese bei Nierenkranken. Ziemssen's A., Bd. 65, H 5 u. 6.

König: Chirurgische Behandlung der Nierentuberculose. D. m. W., 7 und B. d. Cl., 9.

— und **Pels-Leusden**: Tuberculose der Niere. D Z. f. Ch., Bd. 55, H 1 und 2.

Korányi: Methodik d. functionellen Nierendiagnostik. Oberländer's Cbl., Bd. 11, H. 10.

Kövesi und Roth-Schulz: Störungen der wassersecernirenden Thätigkeit diffus erkrankter Nieren B. k. W., 15.

Kümmel: Feststellung d. Functionsfähigkeit der Nieren vor operativen Eingriffen. Langenbeck's A., Bd. 61, Heft 3.

— Gefrierpunkts-Bestimmung des Blutes und des Urins zur Feststellung der Functionsfähigkeit der Nieren vor operativen Eingriffen. M. m. W., 44.

Küster: Conservative Operationen bei Stauungs-Geschwülsten der Niere. Oberländer's Cbl., Bd. 11, Heft 11.

Labbé: Fonctions du rein dans les néphrites chroniques, d'après la thèse de Léon Bernard. Pr. méd., 34.

Leber: Behandlung der Nierenkrankheiten m kohlensauren Soolbädern. D. M.-Z., 58.

Legrain: Qu'est-ce que le rein palustre? Guyon's Annalen, 7.

Legueu: Anurie post-opératoire; néphrotomie; guérison. R. d. ch., Juli 99, 115

Lejars: Les abscès anté-rénaux. Congrès français de chirurgie 99. R. de ch. 99, XI, 599.

Levaditi, Babès et Cornil: Reins lésés par la vinylamine. Vermorel-Griffons, Bd. 7.

Lindemann: Wesen der toxischen Nephritis. Ziegler's Cbl, Bd. 11, 9.

— Sur le mode d'action de certains poisons rénaux. A. de l.'i Pasteur, Febr.

Lobstein: Wandernieren u. Hydronephrosen der Heidelberger Klinik. Bruns' Beiträge, Bd. 27, H. 1.

Mankiewicz: Nierenoperationen bei Mangel oder Erkrankung d. zweiten Niere. Casper-Lohnstein'sche M.-B., September, B. m. J., 8. September und B k. W, 35.

Márer: Einleitung eines künstlichen Abortus wegen Nephritis. A. W. M. Z., 35

Martin: Hydronephrose volumineuse du rein droit; nephrectomie transperitonéale. Société de chirurgie 99. Rapporteur: Picqué

Michaux: Des néphrites chroniques hématuriques. Pariser These, Carré et Naud.

Mohr: Zur Behandlung der polycystischen Nierenentartung. Mikulicz-Naunyn'sche Mitt., Bd. 6, 4 u. 5.

Morris: Aneurysm of Renal Artery. L., 6. Oct.
Morton: Abdominal Nephrectomy for Renal Sarcoma in a Young Child. B. M J., 3. Febr.
Moullin: Causes and Treatment of Movable Kidney B. M. J., 10. März.
Myles: Contribution to Renal Surgery. Du. J. of M. Sc., Febr.
Naegeli: Individuelle Schwangerschaftszeichen u. anatomische Verhältnisse des Orificium ext. urethr. M. m. W., 24.
Naunyn: Hämaturie aus normalen Nieren u. bei Nephritis. Mikulicz-Naunyn'sche Mitt., Bd. 5, H 4 u. 5.
Neustab: Behandlung der acuten parenchymatösen Nephritis mit Methylenblau. Jeschenedelnik, 32.
Newmann: Tuberculous Disease of Kidney: its Etiology, Pathology and Surgical Treatment. L., 24. Febr.
Nicolich: Fall v. aseptischer Nephrolithiasis, Nephrolithotomie, Heilung W. m. Pr., 22.
Nobel: Operative Behandlung der Nierensteine. American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children, März.
Noble und Babcock: Eine neue Methode der Diagnose bei Tuberculose der Nieren. Cbl. f. Gyn., 12.
Nolte: Interessante Geburt b. Cystennieren. A. M. C.-Z., 88.
Nurdin: Ectopie congenitale du rein au point de vue chirurgical Lyoner These, Rey
Obalinski: Chirurgie der Nieren. Heilkunde 99, Jahrg. IV, H. 2.
Oberdörffer: Anwend. v. Sonnenbädern bei Nierenkranken Ziegelroth's A., Mai.
Offer und Rosenquist: Unterscheidung des weißen und dunklen Fleisches f. d. Krankenernährung B k. W. 99, 49.
Orr: Sarcoma of Suprarenal Capsules in a Child of Seven Weeks. Ed. M. J., September.
Oulmont et Ramond: Sur la péricardite brightique purulente. Pr. méd., 93.
Parodi: Rene unico con anomalie genitali. C. m. J., October 99.
Patella: Sclerosi renali post-infettive. Rivista veneta, 30. April.
Pousson: Reno-renaler Reflex. Casper-Lohnstein'sche M.-B., 8.
— De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés de néphrites médicales. Clermont, Daix frères.
Pucciarelli: Les abscès périnéphritiques d'origine intestinale. Pariser These, Baillière.
Purdy: Prophylaxis and Management of Interstitial Nephritis. J. of A. M. A., Bd. 35, H. 4.
Ramsay: Surgical Treatment of Primary Renal Tuberculosis, with Consideration of Immediate and Remote Results after Operation. A. of S., Part 94.
Rattier: Des épanchements urineux d'origine rénale. Guyon's Ann., 6.
Raude: Verletzungen der Nieren in gerichtl.-medicinischer Beziehung. Schmidtmann-Strassmann'sche V.-J., Bd XIX, Supplement-Heft.
Redlich: Einfluß der alkalischen Wässer auf Erkrankungen d. Leber und Niere. W. m. Pr., 21.
Reisinger: Behandlung der Hydronephrose. Langenbeck's A., Bd. 61, 2.
Reymond: Compression du pédicule d'un rein mobile. R. de ch., 6.
Rotschild: Ein Fall von Nephrectomie B k. W. 99, No. 51.
Rutten: Néphrite subaiguë au cours de la syphilis secondaire. Pariser These.
Saligny: De la néphropexie sans sutures. Pariser These, Ollier-Henry.
Sauvain: Indications de la néphrectomie dans les traumatismes du rein. Pariser These, Ollier-Henry.
Schlagintweit: Behandlung der Nephritis mit Mineralwässern und Bädern. Leyden-Goldscheider's Z. 99, Bd 3, H 7.
Schloffer: Operative Behandlung der Magen-, Darm- und Nierenverletzungen. P. m. W., 8.
Schupfer: Der Einfluß d. Zustandes der Nieren auf die Hämoglobinurie. R. Accademia med. di Roma.
Schuschny: Geistige Ermüd. kleiner Schulkinder. A. f. K., Bd. 28, H. 5 und 6.
Soroker: La frequence du rein mobile chez les femmes atteintes de maladies génitale. Paris These. Ollier-Henry.

Souligoux et Fossard: Pyonéphrose; accouchement de deux uretères sur le rein gauche malade; néphrectomie; guérison. Vermorel-Griffons, Bd. 7.
Spiegel: Zusammensetzung von Nierensteinen. B. k W., 27.
Spitzer: Fall von mercurieller Polyneuritis. W. m Pr., 13.
Stahr: Der Lymphapparat d. Nieren. His' A., H 1 u. 2.
Stein: Echinococcus der Niere. W. k. W., 43.
Stenhouse: Septic Lymphangitis along the Ureters affecting the Kidneys treated with Anti-Streptococcis Serum. L., 3. Febr.
Stepler: Entstehung einer acuten Nephritis bei Secundär-Syphilis. W. k.-W., 43.
Stern: Traumatische Nephritis. M. f. U., Nov. 99.
Sternberg: Fall von Nephrotyphus. Gyógyászat, 27.
Taylor: Unusual Condition of Skin and Kidneys Following an Operation for Appendicitis. Bu. M. J., Mai.
Théohari: Structure fine de l'epithéliome des tubes contournés du rein à l'état normal et à l'état pathologique. Duval's J., März-April
Thompson: Tetanus Following Nephropexy. L., 20. Jan.
Thumim: Nephrectomie wegen Pyelonephritis B. k. W., 45.
Tirocchi: Ipnotici e diuretici sulla funzione renale. Il Policlinico, No. 1.
Tuffier: Traitement de la tuberculose du rein. Reclus' B., No. 19.
Verhoogen: Partielle Nephrectomie. Oberländer's Cbl., Bd. XI, H. 6.
Werbster: Affections of Kidney in Relation to Pregnancy. J. of A. M. A., 16.
Widal: Urémie et fonctions du rein. Pr. méd., No. 6.
Wolff: Nierenresection. Virchow's A., Bd. 161, H. 2.

XII. Nebenniere.

Aichel: Vergleich. Entwicklungsgeschichte und Stammesgeschichte der Nebennieren. A f. m. A. und E., 130, 56, H. 1.
Arnaud: Les hémorrhagies des capsules surrénales. Duplay's A., 1.
Boruttau: Erfahrungen über die Nebennieren. Pflüger's A. 99, Bd. 78, Heft 3 u. 4.
Cammert: Maligner Tumor der linken Nebenniere. (Medic.-naturwissenschaftl. Gesellschaft in Jena, 7. Juli 1899.
Clopatt: Ueber die physiologischen Functionen d Nebennieren. Finska Läkaresellskapets Handlingar 1899, Bd. XLI, No. 2.
Dahl: Nierengeschwülste, entstanden durch losgerissene (versprengte) Nebennierenkeime Hosp. Tidende 99, 6, 7.
Flemming and Miller: Family with Addison's Disease. B M. J., 28. April.
Gerhardt: Wirkungsweise der blutdrucksteigernden Substanz der Nebennieren. Naunyn's A, Bd 44, H. 3 u. 4.
Goldzieher: Anatomie der bei Morbus Brightii vorkommenden Netzhautablösung. P. m.-ch. Pr., 8.
Hallion: Physiologie du corps thyroide et des capsules surrénales. Duplay's A, October.
Hofmeier: Carcinom der Nebenniere als Recidiv eines Uteruscarcinoms $6^1/_2$ Jahre nach der Exstirpation. Z. f. G. u. G. 1900, XLII, S. 185.
Kuschnir: Nebennierenpräparate b. Addison'scher Krankheit. Wratsch 99, 52.
Millener: Desiccated Suprarenal Capsule in Acute Coryza. Bu. M. J., März
Moore u. Purinton: Einfluß minimaler Mengen Nebennierenextracts auf d. arteriell Blutdruck. Pflüger's A., Bd. 10, H. 10—12.

Nothnagel: Morbus Addisonii. A. W. M. Z., 12.

Pforringer: Entstehung des Hautpigments bei Morbus Addison. Ziegler's Centralblatt, Band 11, Heft 1.

Srehla: Innere Secretion der Thymus, der Schilddrüse u der Nebennieren von Embryonen u. Kindern. Naunyn's A, Bd 43, H. 5 u 6.

Wilks: Addisons Disease and Leucoderma. L., 28. Juli.

XIII. Technisches.

Bierhoff: Ein neues Meatotom. Casper-Lohnstein'sche M.-B., H. 2.

Casper: Verbesserung meines Harnleitercystoskops. Casper-Lohnstein-sche M.-B., Bd. 5, H. 6.

Fischer: Endoskop als Hilfsmittel bei Behandlung von Harnröhrenstricturen. A. M C.-Z., 2.

Fluhrer: A New Plan for Washing the Bladder, with a Description of Apparatus. M. R., 25

Freudenberg u Bierhoff: Cystoskopischer Prostataincisor für die Bottini'sche Operation. Oberländer's Cbl., Bd. 11, H. 11.

Hahn: Methode d. Händedesinfection. Cbl. f. Ch., 40.

Kollmann: Cystoskopische Instrumente. Oberländer's Cbl., 8.

— Uretercystoskop mit nebeneinander liegend. Gängen. Oberländer's Cbl., Bd. 11, H 9.

— und Wossidlo: Cystoskope mit Desinfections-Hülse. Oberländer's Cbl, Bd. 11, H. 3.

Latzko: Neues Instrumentarium zur Vornahme endovesical. Operationen u. des Ureterenkatheterismus beim Weibe. W. k. R, 37.

Lohnstein, Th.: Neuer Gährungssaccharometer f. unverdünnte Urine. A. M. C.-Z. 99, 101.

Meyer: Lohnstein's Präcisions-Saccharometer. M. m. W., 36.

— The Operating Cystoscope of Nitze and Casper. M. R., 30. Dec. 99.

Neumann: Verbess. „Harnscheider" zum Auffangen der gesonderten Urine beider Nieren beim Weibe. D. m. W., 38.

Pasteau: Bougies conductrices pour les béniqués et les uréthrotomes. Guyon's Annalen, 6.

Renault: Présentation d'un nouvel appareil à lavage de l'urèthre et de la vessie. A. de D. et de S., 4.

Schlifka: Neues Cystoskop zum Katheterismus der Ureteren. W. k. W., 1.

Spaethe: Saccharometer zur quantitativen Bestimmung des Traubenzuckers im Harn. D. m. W., 31.

Wossidlo: Demonstration eines Instrumentes zur Behandlung der Prostata-Hypertrophie. B. k W., No. 7.

— Combinaison de l'inciseur galvanocaustique de Bottini et du cystoscope. Guyon's A, September.

— Incisionscystoskop zur Ausführung der Bottini'schen Operation bei Prostata-Hypertrophie unter Controle des Auges. Oberländer's Cbl., Bd. 11, H. 3.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Ritterstrasse 41.




Digitized by Google